



Onderzoekingen betreffende de Lichengroep

door

Lane Medical Library

C. POSTMA

P. H. VERMEULEN
DE ACADEMISCHE BOEKWINKEL
AMSTERDAM

1928

ONDERZOEKINGEN BETREFFENDE DE LICHENGROEP

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN
DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE
UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM, OP
GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS
DR. H. BURGER, HOOGLEERAAR IN DE
FACULTEIT DER GENEESKUNDE, IN HET
OPENBAAR TE VERDEDIGEN IN DE AULA
DER UNIVERSITEIT, OP VRIJDAG 4 MEI 1928
DES NAMIDDAGS TE 4½ UUR PRECIES
DOOR CORNELIS POSTMA, GEBOREN TE
HELDER

Aan mijne Ouders.

Aan mijne Vrouw.

Het verschijnen van dit proefschrift is voor mij eene welkome gelegenheid U allen, Hooggeleerden, Lectoren en Privaat-Docenten der Medische- en Natuur-philosophische Faculteiten van de Universiteit van Amsterdam mijn oprechten dank te betuigen voor het van U genoten onderwijs.

In het bijzonder geldt dit U, Hooggeleerde MENDES DA COSTA, zeer geachte Promotor. Reeds verscheidene jaren heb ik het groote voorrecht Uw assistent te mogen zijn. Voor al hetgeen ik van U geleerd heb, ben ik U zeer dankbaar; de vertrouwelijke en prettige wijze, waarop Gij met Uwe assistenten pleegt om te gaan, heb ik steeds ten zeerste gewaardeerd. Voor den steun en voorlichting mij bij het bewerken van dit proefschrift verleend, ben ik U heel erkentelijk.

U, Zeergeleerde DE BUY WENNIGER, dank ik voor de kennis, die ik als assistent onder Uwe leiding mocht vergaren; de tijd, in de Rotterdamsche kliniek en polikliniek doorgebracht, zal mij steeds in aangename herinnering blijven.

Met weemoed gedenk ik mijn vriend DR. J. PAPEGAAY, met wien ik langen tijd in goede verstandhouding samen mocht werken en wiens belangstelling in mijn proefschrift ik zoo zeer op prijs stelde.

Aan U, Zeergeleerde CAROL, ben ik dank verschuldigd voor de bereidwilligheid, waarmee U mij menigmaal bij het histologisch onderzoek ten dienste stond.

Waarde SMITS, U dank ik voor de moeite, die Gij U voor het technisch gedeelte van mijn proefschrift gegeven hebt.

Ten slotte betuig ik mijn dank aan allen, die mij op eenigerlei wijze bij het vervaardigen van dit proefschrift behulpzaam zijn geweest.

INHOUDSOPGAVE.

	Pag.
Inleiding	9
Hoofdstuk I.	
Historisch overzicht	11
Hoofdstuk II.	
Lichen	22
Hoofdstuk III.	
Lichenoïde uitslagen	60
Hoofdstuk IV.	
Beschrijving van een aantal waargenomen gevallen .	93
Hoofdstuk V.	
Differentiale diagnostiek	161
Hoofdstuk VI.	
Samenvatting en slotbeschouwing	188
Geraadpleegde literatuur	193

INLEIDING.

Voor het stellen der diagnose heeft het onderzoek van de primaire efflorescentie in de dermatologie nog altijd eene groote waarde behouden, omdat van vele huidziekten de oorzaak nog onbekend is. De vormdiagnostiek sluit evenwel de mogelijkheid in, dat aetiologisch geheel verschillende ziekten op grond van overeenkomst in het klinisch beeld in eenzelfde groep worden ondergebracht of met elkander verwisseld worden.

DIND uit LAUSANNE heeft vooral op klinische gronden getracht aan te toonen, dat lichen WILSON en lichen VIDAL, beide aandoeningen met nog onbekende aetiologie, verschillende vormen van eenzelfde dermatose zijn. De waarneming van eene patiënte met lichen VIDAL, bij wie deze aandoening groote klinische overeenstemming met lichen WILSON vertoonde, is aanleiding geweest om in dit proefschrift na te gaan of de opvatting van DIND recht van bestaan heeft.

De ziektebeelden, die men onder lichen WILSON en lichen VIDAL verstaat, zijn scherp omschreven. Doch omdat over enkele huidaandoeningen nog verschil van meening bestaat, of zij al, dan niet tot den lichen gerekend moeten worden en den laatsten tijd een aantal aandoeningen als abnormale vormen van lichen VIDAL aan den laatste zijn toegevoegd, heb ik eerst eene beschrijving van beide ziektegroepen gegeven. Het tweede hoofdstuk omvat de verschillende vormen van lichen, de lichen VIDAL en de abnormale vormen dezer aandoening zijn met andere lichenoïde uitslagen in het derde hoofdstuk vereenigd. Het leek mij gewenscht in een afzonderlijk hoofdstuk een overzicht van hetgeen in den

loop van den tijd onder lichen verstaan werd, vooraf te doen gaan.

De beschrijving van een aantal waargenomen gevallen van lichen en lichen VIDAL, alsmede van enkele gevallen van andere ziekten, die klinische overeenkomst met de beide eerstgenoemde vertoonen, vormt het vierde hoofdstuk.

In het vijfde hoofdstuk is de opvatting van DIND aan een kritisch onderzoek onderworpen en wordt verder de differentiale diagnostiek tusschen een aantal huidziekten met verschillende lichenvormen, resp. lichen VIDAL behandeld.

Het laatste hoofdstuk omvat eene korte samenvatting en slot-beschouwing.

HOOFDSTUK I.

Historisch Overzicht.

De dermatologie dankt aan PLENCK de eerste indeeling der huidaandoeningen naar de primaire efflorescentie (1776). Hij onderscheidde zes grondvormen: maculae, pustulae, vesiculae, bullae, papulae en crustae en stelde eene indeeling in 14 klassen en 120 variëteiten op.

ROBBERT WILLAN bouwde op de door PLENCK aangegeven grondslag voort. Tot de papuleuse huidziekten, die hij in het begin der vorige eeuw in de groep lichen samenvatte, behoorden geene huidafwijkingen, welke men tegenwoordig lichen noemt. Die groep omvatte: lichen simplex, lichen agrius, lichen pilaris, lichen lividus en lichen tropicus; welke aandoeningen met deze namen bedoeld werden is nu slechts met eenige waarschijnlijkheid te vermoeden of in het geheel niet meer na te gaan. Latere dermatologen voegden tal van andere huidziekten aan den lichen van WILLAN toe. Volgens BAZIN waren de algemeene kenmerken van deze groep: verspreid of gegroepeerd staande, jeukende papels en eene na langen duur optredende verdikking van de huid met dieper worden der normale huidgroefjes. BROcq vermeldde, dat tot den lichen werden gerekend: lichen pilaris, lichen urticatus, lichen tropicus, prurigo Hebra, prurigo mitis et formicans, lichen simplex acutus et chronicus, en ook verschillende eczemen. Ook RIECKE wees op het heterogene karakter van de oude lichengroep en noemde als aandoeningen, die er toe gerekend werden, nog de arteficiële dermatitis, artseni-jexanthemen, ichthyosis, scabies, psoriasis, sommige herpesvormen, acne en lepra.

Aan dezen chaos werd een einde gemaakt door F. VON HEBRA. Hij definieerde den lichen als eene ziekte, die gekenmerkt is door

papels, welke gedurende het verdere ziekteverloop niet in andere efflorescenties overgaan. Klinisch onderscheidde hij twee vormen:

1. lichen scrofulosorum;
2. lichen ruber.

In de eerste publicatie van HEBRA, welke dateert van 1850, wordt de naam lichen exsudativus ruber gebruikt. De ziekte was zeldzaam en kenmerkte zich door een ernstig verloop: met behulp van arsenicum gelukte het slechts in een enkel geval den patiënt in het leven te houden.

De nadere omschrijving der lichenefflorescentie en de daaruit voortvloeiende beperking van de lichengroep, beteekende een belangrijke stap vooruit. Over het door HEBRA waargenomen ziektebeeld lichen ruber echter zijn de meeningen verdeeld. ¹⁾

Van groote beteekenis voor het lichenvraagstuk is de ziekte geworden, die in 1857 door DEVERGIE onder den naam pityriasis pilaris en later zeer uitvoerig door BESNIER als pityriasis rubra pilaris, beschreven werd. In 1828 was deze aandoening reeds bekend aan den Engelschman TARRAL.

In 1869 verscheen het fraaie artikel van ERASMUS WILSON: „On leichen planus” in The journal of cutaneous medicine. Gevolgd door eene korte beschrijving van een vijftigtal door hem waargenomen gevallen, gaf WILSON een nagenoeg compleet beeld van den lichen planus. De annulaire vorm en de slijmvlies-localisatie waren hem al bekend. In een volgend artikel besprak

¹⁾ MENDES DA COSTA zegt in zijn leerboek, dat het niet meer is na te gaan wat de lichen van HEBRA was. UNNA is dezelfde meening toegedaan. BESBIER en DOYON nemen als vaststaand aan, dat 't niet één enkele ziekte was, maar dat er gevallen bij waren van pityriasis rubra pilaris, secundaire erythrodermie, lymphodermie, lichen e.a. Volgens von DÜRING heeft HEBRA onder den naam lichen ruber naast echte lichen ruber (= lichen neuroticus, constitutionalis) gevallen van pityriasis rubra pilaris, universeele lichen planus en misschien nog andere ziekten samengevat, zonder deze van elkaar te onderscheiden. BROCCQ uit in zijne verhandeling over lichen in de Pratique dermatologique het vermoeden, dat de gevallen van HEBRA behoorden tot de pityriasis rubra pilaris: in oudere publicaties evenwel zegt hij niet te weten, welke ziekte de lichen van HEBRA is, daar er nooit eene gedetailleerde beschrijving over verschenen is. RIECKE houdt de gevallen van HEBRA voor lichen acuminatus met universeele uitbreiding. DARIER meent, dat zij identiek zijn met de pityriasis rubra pilaris. Volgens JADASSOHN zou deze opvatting slechts voor enkele der gevallen van HEBRA juist zijn. Weer anderen (TOUTON, WEYL) houden den lichen HEBRA identiek met den lichen planus WILSON. SCHÜTZ neemt aan, dat de lichen veranderd is; voor hem zijn lichen HEBRA en lichen WILSON verschillende vormen van dezelfde ziekte, de lichen WILSON is een mildere vorm.

hij het verband met den door HEBRA beschreven lichen. Op grond van overeenstemming in bouw en kleur van de papel, vermoedde hij, dat beide identiek zijn. Zelf wees hij echter op twee belangrijke verschilpunten, n.l. op de zooveel grootere frequentie in Engeland en op het minder ernstig verloop aldaar.

BROCQ liet zich in de *Pratique dermatologique* over dit punt als volgt uit: „Malheureusement il (Wilson) crut reconnaître le „lichen ruber de HEBRA dans la dermatose qu' il observait
„ Ce rapprochement d'après nous nullement justifié autorisa
„ l'Ecole de Vienne à regarder le lichen planus d' E. WILSON
„ comme une simple variété du lichen ruber primitivement décrit
„ par HEBRA. La confusion était crée et la dermatologie souffre
„ encore de cette fatale théorie du lichen ruber”.

Merkwaardig is het, dat in het leerboek van HEBRA en KAPOSÍ van 1874, de publicatie van WILSON niet vermeld werd. In de *Pratique dermatologique* vindt men volgende opmerking over dit feit:

„En 1874 HEBRA voulut réparer son erreur, mais il ne le fit
„ pas franchement; sans nommer E. WILSON il tenta de décrire
„ le lichen planus de cet auteur, comme une forme accessoire de
„ son lichen acuminatus et il ne réussit qu'à fausser sa description
„ première du lichen acuminatus et à la rendre complètement
„ incompréhensible.”

Inderdaad wordt in het leerboek der huidziekten van HEBRA van 1861, dat door TIJKEN in het Nederlandsch vertaald is, alleen de spitse papel genoemd, terwijl de uitgave van 1874 vermeldt, dat er ook platte papels voorkomen. De beschrijving hiervan doet aan die van WILSON denken. Nog op twee andere opvallende feiten uit hetzelfde hoofdstuk mag hier gewezen worden. HEBRA nam in het centrum van genezende lichenplaques telangiectasiën waar, eene afwijking, die tegenwoordig bij den lichen onbekend is. Verder betrok hij in een differentiaal-diagnostisch overzicht tusschen lichen ruber en andere ziekten ook de pityriasis rubra. Daar bij de laatste vermeld wordt, dat de eerste goede beschrijving van DEVERGIE afkomstig is, zou men meenen, dat hier de pityriasis rubra pilaris bedoeld werd. Echter de door HEBRA opgegeven symptomen: blijvende roodheid, schilfering en het ontbreken van papels, doen veeleer denken aan den atrophischen vorm van dermatitis exfoliativa, die men pityriasis rubra

HEBRA noemt. Bij de ziekte van DEVERGIE toch is het voorkomen van papeltjes, vooral op de rugzijde der vingers, een belangrijk diagnostisch kenmerk.

Lichen planus werd in Weenen het eerst door NEUMANN gedemonstreerd (1875) en aanvankelijk beschreven als herpes iris, later als dermatitis herpetiformis.

In eene beschrijving van den lichen planus WILSON door KAPOSI in 1877 werd het eerst de naam lichen ruber planus gebruikt. Ook nu nog bleef de naam van WILSON door hem verzwegen. Ondanks de groote verschillen met den lichen van HEBRA, door hem lichen acuminatus genoemd, beschouwde KAPOSI, beide te behooren tot één ziektebeeld: lichen ruber.

Belangrijk is eene publicatie van UNNA van 1884, waarin voor het eerst de stompe lichenpapel vermeld werd. Volgens UNNA vormt de lichen ruber eene groep genetisch bijeenbehoorende papuleuse huidziekten. De papels hebben de volgende gemeenschappelijke kenmerken: de kleur is livide, blauwachtig of geelachtig rood; zij gaan met jeuk gepaard en blijven langen tijd bestaan; nooit komt een overgang in blaasjes of pustels voor. Naar den vorm der papels verdeelde hij den lichen in drie groepen: planus, acuminatus en obtusus. Van de opgaven over de afmeting dezer papeltypen, resp.: 6 m.M.—4 c.M., $1\frac{1}{2}$ m.M. en 3—5 m.M., doet ons de grootte der planuspapel vreemd aan. Er komen overgangsvormen voor, waarin niet alle papels van hetzelfde type zijn: het meest de combinatie planus en obtusus, het zeldzaamst acuminatus en obtusus. Behalve in papelvorm verschillen de lichenvormen ook in klinisch verloop.

De opvattingen van UNNA lokten kritiek uit van BROCC. Wel kende ook hij lichengevallen, waar naast de platte papels spitse en stompe elementen voorkomen, doch hij vond de feiten, waarop UNNA naast den lichen planus een lichen acuminatus aannam onvoldoende en vermoedde, dat men in Duitschland sommige gevallen van pityriasis rubra pilaris ten onrechte als lichen acuminatus beschouwde. Deze opvatting werd door UNNA krachtig tegengesproken.

Op het eerste internationale dermatologencongres te Parijs in 1889 is de lichen het onderwerp van uitvoerige besprekingen geweest. Daar verklaarde KAPOSI:

1°. dat zijn lichen ruber acuminatus dezelfde ziekte is als de lichen ruber van HEBRA;

2°. dat de lichen ruber acuminatus identiek is met de pityriasis rubra pilaris.

Voor al de laatste bewering vond krachtige tegenspraak. Ook HEBRA Jr. deelde deze opvattingen niet; volgens hem is lichen ruber HEBRA niet identiek met pityriasis rubra pilaris en verstaat KAPOSÍ dus nu onder lichen ruber acuminatus eene andere ziekte dan voorheen.

De verhouding tusschen lichen ruber acuminatus en pityriasis rubra pilaris bleef ook voor de volgende jaren een actueel vraagstuk. Op het congres te Rome in 1890 vond men voor- en tegenstanders der identiteit weer bereid hunne opvatting te verdedigen. Ook werd weer verkondigd, dat de ziekte van WILSON identiek is met die van HEBRA. Zeer uitvoerig werd het lichenvraagstuk hier door NEISSER behandeld.

Den lichen ruber acuminatus omschreef NEISSER in het kort als eene dermatose met spitse, lichenoides, ontstekingsachtige, hyperaemische efflorescenties, die afwijkt van de door HEBRA beschreven gevallen en meer nog van de ziekte, die KAPOSÍ onder zijne nieuwe definitie verstaat. Zonder twijfel, volgens NEISSER, hebben beide auteurs verschillende ziekten beschreven, die alleen met elkaar gemeen hebben, dat er roode, spitse papels bij voorkomen. De aandoening, die NEISSER onder lichen ruber acuminatus verstaat, mag men volgens hem niet als identiek met de pityriasis rubra pilaris beschouwen. Over de laatste ziekte verdedigde hij de volgende stelling: De pityriasis rubra pilaris is een morbus sui generis en wel een vorm der keratonosen, dat is eene met essentieele verhoorningsanomalíen verloopende (verworven) ziekte.

NEISSER wilde den lichen ruber planus met den lichen ruber acuminatus in ééne groep onderbrengen en noemde voor deze opvatting de volgende argumenten:

1. bij beide is duidelijk een ontstekingsproces aanwezig;
2. platte en spitse papels zijn meermalen samen waargenomen;
3. hoewel quantitatief verschillend vindt men bij beide dezelfde algemeene symptomen;
4. de uitwerking van arsenicum is bij beide gelijk.

Zij verschillen behalve in efflorescentievorm ook in verloop. Bij lichen planus is het ontstaan minder acuut, de ontwikkeling en uitbreiding der infiltraten heeft minder snel plaats dan bij lichen acuminatus. Uit eene latere publicatie (1894) blijkt, dat NEISSER met deze namen ook bedoelde de goedaardige van de zware vormen te onderscheiden. Bij de eerste zijn de papels plat, doch er kunnen ook spitse elementen bij voorkomen. Zelf gaf NEISSER dan ook toe, dat de papelvorm als maatstaf voor eene dergelijke verdeling niet geschikt is. Hoewel hij de ernstige gevallen liever lichen gravis zou noemen, houdt hij, ten einde meerdere verwarring te voorkomen, aan de oude namen vast. Zoo wordt dan een geval, waarin de papels een ronden vorm hebben en spitse elementen ontbreken, vanwege het ernstige verloop tot den lichen ruber acuminatus gerekend.

Naar aanleiding van NEISSER's betoog, kwam KAPOSI in eene uitvoerige verhandeling: „Noch einmal Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus” zijne beide bovengenoemde te Parijs gedane verklaringen met klem herhalen. Over den lichen ruber acuminatus zeide hij nergens in de pathologie eene grootere congruentie te kunnen aanwijzen dan tusschen deze ziekte en de pityriasis rubra pilaris. Bovendien, dat er geen enkel klinisch symptoom van de pityriasis rubra pilaris is, dat niet reeds door HEBRA beschreven zou zijn. De verschillen in verloop en in reactie op medicamenteuse behandeling zouden bij zorgvuldig onderzoek der literatuur niet zoo groot blijken te zijn. Hij vermeldde gevallen van lichen ruber acuminatus met spontane genezing en recidieven, eigenschappen, die voor bijzondere kenmerken van de pityriasis rubra pilaris aangezien worden. KAPOSI, die den lichen ruber acuminatus identiek beschouwde met de pityriasis rubra pilaris, meende evenals NEISSER, die deze opvatting niet was toegedaan, dat de lichen planus en de lichen acuminatus ondanks belangrijke klinische verschillen, vormen van dezelfde ziekte zijn. Ook KAPOSI heeft gevallen waargenomen van zijn lichen ruber acuminatus, waarbij naast de spitse ook platte lichenpapels, zooals deze door WILSON beschreven waren, voorkomen.

In Duitschland wordt het standpunt van KAPOSI vooral door RIECKE krachtig verdedigd. De Fransche opvatting komt in groote trekken met die van NEISSER overeen. Nagenoeg algemeen wordt

in Frankrijk den naam lichen ruber acuminatus KAPOSÍ als synoniem voor pityriasis rubra pilaris beschouwd. Doch hier moet onmiddellijk aan worden toegevoegd, dat men deze ziekte geheel scheidt van den lichen WILSON. Zoo wordt in het hoofdstuk over den lichen in de *Pratique dermatologique* door BROCC de ziekte van DEVERGIE niet behandeld. En wat de spitse lichen-papels betreft, vindt men aldaar vermeld, dat deze betrekkelijk frequent naast platte papels kunnen voorkomen, doch wordt op deze gevallen den naam lichen acuminatus niet toegepast. Over den lichen acuminatus van NEISSER merkt BROCC op, dat hij niet weet, wat met dezen naam bedoeld wordt. De Engelsche opvatting dekt zich vrijwel met die der Franschen. In Amerika kennen de dermatologen twee lichenvormen, die door de meerderheid als verschillende ziekten worden beschouwd:

1. lichen ruber, die van den lichen HEBRA alleen door minder ernstig verloop zou verschillen;

2. lichen planus WILSON.

BROCC geeft eene kritische beschouwing over de Amerikaansche publicaties; hij meent, dat hun lichen ruber niet anders is dan de ziekte van DEVERGIE.

Nog is men van de oplossing van dit belangrijke probleem even ver verwijderd als in de dagen van KAPOSÍ. Zoowel voor als tegen de identiteit is een reeks argumenten aangevoerd, zonder dat men elkander heeft kunnen overtuigen. Zeer overzichtelijk vindt men deze argumenten in RIECKE's monographie weergegeven.

Verdere waarneming leerde andere eruptievormen van den lichen kennen en bracht ook weer nieuwe strijdvrage. Heel belangrijk is het feit, dat bij lichen ook blazen kunnen voorkomen. Het bestaan van den lichen pemphigoides, die het eerst door BAKER in 1882 waargenomen is, wordt nagenoeg algemeen aangenomen. Minder overeenstemming bestaat er over de plaats, die aan den lichen sclerosus (1887) toegekend moet worden, alsmede over den aard van den salvarsanlichen, die van meer recen-ten datum is en eveneens vele pennen in beweging gebracht heeft.

Onbekendheid met de aetiologie staat eene scherpe begrenzing van de lichengroep in den weg. Want hierdoor is het mogelijk om min of meer klinisch met lichen overeenkomende uitslagen in de groep onder te brengen. Zoo heeft NEISSER voorgesteld de

lichengroep uit te breiden door naast den lichen WILSON andere lichenoïde uitslagen op te nemen. Hij kwam hiertoe door de waarneming van eene aandoening met roode papels, waarin nooit blaas- of pustelvorming optrad; als zoodanig achtte hij den naam lichen ruber toepasselijk. Doch moest die aandoening wel van lichen planus WILSON worden onderscheiden door het ontbreken van:

1. typische planuspapels;
2. jeuk;
3. pigmentatie;
4. slijmvliesafwijking;
5. reactie op arsenicum-therapie.

Ook is meermalen voorgesteld den lichen simplex chronicus in de lichengroep op te nemen.

Aan oudere dermatologen (CAZENAVE) was deze ziekte als lichen circumscriptus bekend. Met vele andere aandoeningen werd zij door hen in de oude lichengroep vereenigd.

De tweede periode in de geschiedenis van den lichen simplex chronicus ving aan na de publicaties van HEBRA over lichen ruber. De Weensche school toch bracht alle andere ziekten, die voorheen lichen genoemd werden, bij de prurigo en eczemen en nog enkele andere groepen onder en wel werd de lichen simplex chronicus door haar als eczeem bestempeld.

VIDAL kon zich met deze opvatting niet vereenigen en deed in 1886 eene poging om het oude lichenbegrip in eere te herstellen, waarbij werd uitgegaan van de reeds vermelde lichendefinitie van BAZIN. Lichen, prurigo HEBRA en strophulus, zijn volgens hem modificaties van eene en dezelfde dermatose, die alleen in papelgrootte verschillen; ook anatomisch zou er overeenkomst bestaan. De lichen planus werd in deze publicatie, die als opschrift draagt: „Du Lichen” wel even genoemd, doch als eene buiten het kader vallende aandoening niet nader behandeld. De lichen pilaris en lichen scrofulosorum, die vroeger ook bij den lichen ondergebracht werden, wilde VIDAL uit de groep weglaten en stelde dan de volgende indeeling op:

A. lichen simplex.

1. lichen simplex acutus: *a.* localis, *b.* generalisatus.

Deze groep omvat volgens BROCC papulovesiculeuse aan-

doeningen met urticarieel karakter, zonder lichenificatie; hij gaf haar den naam *prurigo simplex*. TOMMASSOLI, die er het eerst op wees, dat zij niet in de lichengroep behoort, bracht haar als *prurigo temporanea* in de *prurigogroep* onder. TOUTON beschouwt, afgaande op VIDAL's beschrijving, het meerendeel der gevallen van lichen *simplex acutus* als acuut eczema *papulatum* = eczema *lichenoides* HEBRA.

2. lichen *simplex chronicus*: *a. localis*, *b. generalisatus*.

2*a.* omvat hetgeen door oudere Fransche auteurs als lichen *simplex chronicus*, lichen *circonscriit*, *perpendiculaire*, *gyratus*, *du cou*, *du podex*, *des parties génitales* beschreven is.

2*b.* omvat *prurigovormen* en *diffuse vormen* van lichen *simplex chronicus*.

B. lichen *polymorphis*.

1. lichen *polymorphis mitis* omvat beroepseczemen (*gale des épiciers* e.a.). Volgens TOUTON droeg deze groep voorheen den naam eczema *pruriginosum*; hij vermoedt, dat hieronder voorkomen gevallen van *prurigo*, die eerst op den volwassen leeftijd beginnen (*prurigo diathésique* van BESNIER).

2. lichen *polymorphis ferox* = *prurigo* van HEBRA. Den laatsten naam vond VIDAL minder juist, omdat de aandoening al voor HEBRA nauwkeurig beschreven was.

Het is VIDAL niet gelukt eene groepeerings door het bijeenvoegen van dergelijke heterogene ziektebeelden ingang te doen vinden. Toch vangt met zijn werk voor den lichen *simplex chronicus* eene volgende periode aan, omdat de ziekte van nu af aan niet meer algemeen als eczeem wordt opgevat. Voortaan wordt de aandoening dan ook lichen VIDAL genoemd. BROCC en JAQUET hebben het werk van VIDAL voortgezet. Door mededeeling van uitvoerige ziektegeschiedenissen en nauwkeurige omschrijving van het ziektebeeld, heeft BROCC er wel het meest toe bijgedragen, dat men den lichen VIDAL ging onderscheiden van den lichen WILSON, zoowel als van eczeem en er eene zelfstandige ziekte in leerde zien. BROCC kwam daarbij tot zijne theorie over de lichenificatie, waarbij aan het krabben een grooten invloed op het ontstaan der huidafwijking werd toegekend en de lichen *simplex chronicus* als *primaire lichenificatie* gesteld werd tegenover overeenkomstige huidveranderingen, die *secundair* bij sommige jeukende huidziekten kunnen ontstaan.

Intusschen werd deze theorie noch het zelfstandig karakter der aandoening algemeen aanvaard. KAPOSI handhaafde de Weensche opvatting, dat de lichen VIDAL een eczeem is. Dezelfde meening waren UNNA en NEISSER toegedaan. Eerstgenoemde rekende den lichen VIDAL tot het eczema callosum. NEISSER vermeed den naam lichen chronicus en sprak van dermatitis lichenoides pruriens om den naam lichen voor lichen ruber te reserveeren. Blijkbaar kende hij toch aan de ziekte eene bijzondere plaats toe, want hoewel hij haar ook tot de eczemen rekende, merkte hij op, dat zij met den lichen polymorphis mitis eene eigen groep in de eczeem-klasse vormt.

RADCLIFFE CROCKER ontkenne het bestaan van den lichen simplex chronicus: een deel der als zoodanig gediagnosticeerde gevallen zou tot den lichen planus behooren en het overige deel eczemen zijn. Met de door BROcq voorgestelde verdeling der lichenificatie in primaire en secundaire vormen, kon hij zich niet vereenigen en beschouwde deze namen als overbodige synoniemen voor een „bepaalde” vorm van verdikking der huid. TOUTON meende, dat de lichen simplex chronicus noch met den lichen, noch met het eczeem iets te maken heeft; hij was eerder geneigd om eene verwantschap met de prurigo van HEBRA aan te nemen.

Uit de volgende opmerking van HEIMANN (New-York, 1917) blijkt, dat ook in Amerika BROcq's opvatting niet zoo spoedig ingang heeft gevonden: het is twintig jaar geleden, dat door BROcq het geheele vraagstuk opgelost is en nog denken wij alleen aan lichen verrucosus of chronisch eczeem bij het zien van eene huidaandoening, die in Frankrijk terstond als neurodermitis (lichenificatie) wordt herkend.

In 1891 heeft VIDAL voorgesteld den lichen simplex chronicus eene gelijkwaardige plaats in de lichengroep naast den lichen WILSON en zijne variëteiten toe te kennen. Ook TOMMASSOLI wilde den lichen VIDAL als pseudolichen simplex met een aantal bijzondere lichenvormen naast den lichen WILSON in eene groep lichen vereenigen. DIND gaat nog een stap verder. Hij beschouwt den lichen als eene ziekte met polymorphe uitslagen. Wat men lichen ruber en lichen simplex chronicus noemt, zouden niet anders dan verschillende vormen van eenzelfde ziekte, lichen, zijn. Deze opvatting wordt o.a. door BROcq bestreden.

Naast degenen, die eene bepaalde meening over den aard van

den lichen VIDAL zijn toegedaan, hetzij, dat nog aan de eczeem-natuur wordt vastgehouden, dan wel, dat de ziekte tot den lichen of prurigo gerekend of haar een zelfstandig karakter wordt toegerekend, zijn er anderen, die meenen, dat het vraagstuk nog niet is opgelost.

HOOFDSTUK II.

Lichen.

Onder lichen verstaat men eene groep van ziekten, waarbij afwijkingen voorkomen aan de huid en aan sommige slijmvliezen of aan een van beide; de huidefflorescentie is eene papel, die zich in drie verschillende vormen kan voordoen, n.l. plat, spits en stomp. Een lichenuitslag kan geheel of overwegend uit papels van hetzelfde type bestaan.

1. Lichen planus.

Aan de klassieke beschrijving van lichen planus door WILSON mag hier het volgende ontleend worden.

De lichenefflorescentie is gekenmerkt door kleur, vorm, bouw, de discrete of geaggregeerde uitbreiding, het locale en chronische karakter en de donkere vlek, die zij na haar verdwijnen achterlaat.

De zeer bijzondere roode kleur wordt omschreven als min of meer levendig, dof (dull) karmozijnrood met purpere of lila bijtint en is het meest karakteristiek in jonge geïsoleerd staande papels. De papelgroepen vertoonen meer de donkere kleur van gewone chronische huidaandoeningen. De papelvorm is pathognomonisch. De vlakke gladde papel met hoekigen omtrek en centraal kuiltje is slechts weinig verheven en heeft een diameter van 2—6 m.M.

De papel bestaat uit perifolliculaire hyperaemie en exsudaat. Zij is bedekt met een dun, halfdoorschijnend hoornlaagje, waardoor de follikel, die er een soort hilus in vormt, zichtbaar is. In de follikelopening zit eene conische epidermisplug. Het bedekkende hoornlaagje komt op en daalt met de papel.(?) Het is geen

schilfer (and neither separates nor exfoliates). Als door behandeling de papel verdwijnt, blijft de schub nog bestaan. Deze verdwijnt bij stukken en brokken zonder exfoliatie. Soms vertoont de follikelopening een hoornplaatje, zonder dat er eene papel is. De huid ziet er dan uit alsof zij met zeer kleine, glanzende micaplaatjes bedekt is. Dit komt alleen bij den discreten vorm voor. Bij den geaggregeerden vorm treedt er diffuse exsudatie op en zooals altijd bij diffuse exsudatie, gaat de huid afschilferen. In het beginstadium van den discreten vorm vindt men gewoonlijk enkele geïsoleerde papels op eene bepaalde plaats of over het lichaam verspreid. Zij komen soms tegelijk, maar meestal na elkander te voorschijn. De huid tusschen de papels in wordt hyperaemisch en geïnfilteerd, waardoor in de geaggregeerde gevallen eene schijf ontstaat. De grootte van deze schijven varieert van een halve tot meerdere Engelsche duimen; de vorm is dikwijls rond. Op de extremiteiten kunnen de „plaques” het grootste deel van de huid tusschen twee gewrichten in beslaan. Met deze schijven is de discrete vorm min of meer vermengd.

Bij den geaggregeerden vorm nemen de interpapelaire hyperaemie en infiltratie, zulke groote afmetingen aan, dat de papeltoppen niet meer boven de omgevende huid uitsteken. Mede door de opvolgende afschilfering zijn de papels in de „plaque” niet meer te herkennen en om de diagnose te kunnen stellen moet men in den omtrek van de „plaque” naar papels zoeken. Ook de continuïteit van de afschilferende opperhuid met het follikelepitheel kan den weg wijzen. Vrij constant vindt men de aandoening gelocaliseerd even boven het handgewricht op de voorvlakte van den onderarm; verder in de lendenstreek en op de onderste helft van den buik, op de heup, rondom de knie en op de kuit; bij vrouwen ook om het middel. Zeldzaam zijn handpalm en voetzool aangetast. Ook nam WILSON de localisatie op het slijmvlies van de tong, wang en verhemelte waar.

In den regel is de uitbreiding symmetrisch, soms komt de aandoening slechts aan eene lichaamshelft voor.

Als *leichen planus annulatus*, onderscheidt WILSON de volgende vormen:

1. de ringvorm kan ontstaan, doordat de papel zeer groot wordt, waarbij om het ingezonken centrum duidelijk een rand waarneembaar is.

2. uit eene kleine „plaque” kan een ring ontstaan, doordat de periphere rand zich verheft.

3. de afzonderlijke papels kunnen in een kring gelegen zijn. De grootte der kringen is zeer ongelijk. In een zijner gevallen werd de okselholte door een ring omgeven. De vorm is niet altijd rond en ook is de ring niet altijd gesloten (lichen planus marginatus).

Meestal is de jeuk onbeduidend, in enkele gevallen ondragelijk. Verder geeft de ziekte niet tot klachten aanleiding, en gaat niet met constitutioneele verschijnselen gepaard. De meeste gevallen kwamen voor op jeugdigen en middelbaren leeftijd, met wat grootere frequentie bij het vrouwelijk geslacht.

WILSON geeft eene korte beschrijving van vijftig door hem waargenomen gevallen: slechts eenmaal zag hij recidief. Meestal behandelde hij den lichen met arsenicum, maar beveelt daarnaast ook uitwendige behandeling aan, o.a. met sublimaat.

Bij bovenstaande beschrijving mag het volgende opgemerkt en toegevoegd worden.

Terecht heeft WILSON op de eigenaardige kleur gewezen, want ofschoon er belangrijke kleurverschillen bestaan, zelfs bij papels van eenzelfden uitslag, is het niet overdreven om van lichenkleur te spreken. Sommige papels echter kunnen de normale huidkleur hebben, zelden ziet men om de papel een rooden zoom.

Als pathognomonisch verschijnsel zijn door WICKHAM beschreven „stries et punctuations grisâtres” (signe du réseau; Netzphänomen). Om deze waar te nemen is het soms noodig de huid in te vetten; volgens FRIEBOES worden zij ook duidelijker als men door het opnemen van eene huidplooi de lichenpapel van ter zijde anaemisch drukt. De vorm en uitbreiding van deze parelmoerachtige partijen in de lichenpapel zijn zeer verschillend. Naast punten en schijven vindt men ster-, ring- en maretakachtige figuren. Vooral bij confluentie van papels zijn zij zeer duidelijk. Reeds voor WICKHAM was dit verschijnsel door anderen opgemerkt. WICKHAM echter wees op het belang voor de diagnose. Niet elke lichen planus vertoont papels, waarin deze opaal-kleurige lijnen voorkomen, doch zijn er zulke aanwezig, dan is de diagnose zeker. Volgens WICKHAM komen zij bij lichen syphiliticus en lichenificatie niet voor. Alleen PERNET zou ook

bij psoriasis en papulosquameuse syphilis deze lijnen hebben waargenomen. ¹⁾)

De donkere kleur door hyperpigmentatie is reeds, voordat de papel verdwijnen gaat, soms zelfs enkele weken na het ontstaan, waar te nemen. De normale huid in de omgeving van papels en papelgroepen kan eveneens hyperpigmentatie vertoonen. Onder lichen pigmentosus verstaat men een vorm, waarin papels, soms in gering aantal, met uitgebreide pigmentatie samengaan. Ook komt depigmentatie voor, vooral in het centrale gedeelte van grotere lichenschijven. Een echte vitiligo is geen zeer zeldzame complicatie bij lichen. WILSON noemt niet den wasachtigen glans, welke bij vele lichenpapels zoo opvalt.

Wat WILSON bedoelt met van papels onafhankelijke folliculaire hoornplaatjes, die aan de huid een aspect geven alsof zij met micaplaatjes bedekt is, is mij niet duidelijk. Mogelijk zijn deze toe te schrijven aan abortieve papels met gering infiltraat, waarvan alleen de schilfer zichtbaar is of zijn zij identiek met de glanzende huidveldjes, die bij normale menschen volgens RIECKE juist op de praedilectieplaatsen van lichen voorkomen en door PINKUS als „Haarscheiben” beschreven zijn.

De lichenpapel is droog en vast; als lichen planus erythematosus ²⁾) is door CROCKER een vorm beschreven, waarbij de papels zeer vaatrijk zijn, eene karmozijnachtige tint hebben, doch bovendien zacht aanvoelen.

De „delle” is niet constant aanwezig; slechts bij uitzondering komt deze met een follikelmond overeen.

Dikwijls komen naast de platte, enkele spitse papels voor. Volgens sommigen berust de spitse vorm op de perifolliculaire ontwikkeling van de papel.

De polygonale vorm beschouwt WILSON als een pathognomonisch kenteken; echter komt deze ook bij lichenificatie voor. Deze vorm wordt veroorzaakt, doordat de papel een of meer opperhuidveldjes geheel beslaat. Bij periphere vergrooting van de papel wordt de vorm meestal rond of ovaal. De polygonale vorm

¹⁾ Vermeld in de discussie bij de voordracht van R. CROCKER in The brit. journ. of Derm. and. Syph. 1900, p. 443.

²⁾ Deze naam wordt ook toegepast op de gevallen, waarin naast papels roode vlekken voorkomen.

kan bij confluentie van papels behouden blijven. De door confluentie ontstane lichenschijf vertoont dikwijls eene eigenaardige ruitvormige teekening der oppervlakte (quadrillage). Evenmin als alle papels de typische kleur bezitten, zijn zij alle polygonaal. Bij den geaggregeerden vorm nam WILSON wel schilfering waar; echter ook de discrete papels vertoont na lang bestaan eene schilfer, die echter wel zeer adhaerent is. Zeldzaam worden in de lichenpapels comedoachtige hoornvormsels aangetroffen. Eveneens zeldzaam komen op en ook wel onafhankelijk van de papels draadvormige hoornkegels voor (spinuleuse verhoorning).

Wat door WILSON bedoeld werd met de afwijking, die het gevolg is van interpapelaire infiltratie en hyperaemie, is niet duidelijk. Behalve aan de door hem genoemde papelschijven, doet de beschrijving ook denken aan de ook bij lichen voorkomende lichenificatie. Soms blijven na het verdwijnen der papels atrophische plekjes achter (lichen planus atrophicus).

Wat de localisatie betreft zij nog vermeld, dat de lichen ook op het gelaat en behaarde hoofd kan voorkomen en dat de aandoening eene enkele maal universeel wordt. Behalve op het gelaat zag WEYL den lichen overal elders op de huid primair ontstaan.

De lichen van handpalm en voetzool wijkt van het gewone type af, een verschijnsel, dat ook bij andere aandoeningen (psoriasis, lues) voorkomt. De papels zijn hier plat en weinig verheven, soms bleek en sterk verhoord (clavusachtig); naast deze zijn er, die gelijken op diep gelegen blaasjes. Daarnaast komen roode vlekken en infiltraten voor; soms treedt epitheelverlies door kringvormige exfoliatie op. In den regel is de diagnose hier moeilijk te stellen. Op de genitalia heeft de lichen dikwijls een annulair vorm.

Bij de door WILSON beschreven wijzen van ontstaan van lichen planus annulatus mag opgemerkt worden, dat deze lichen voorkomt in een vorm:

1. waarbij in den ring de door groefjes gescheiden afzonderlijke lichenpapels te zien zijn. Het centrum is ingezonken en gewoonlijk sterk gepigmenteerd. Deze vorm heeft geene bijzondere localisatie;

2. waarbij in den ring geen afzonderlijke lichenpapels te zien zijn, maar een smal, glad, rood walletje om een dikwijls bleek en atrophisch centrum. Deze lichen vindt men vaak op de

genitalia, maar ook gegeneraliseerd. Het is wel merkwaardig, dat in die gevallen van genitale lichenringen, welke geen radiaire groefjes vertoonen, ook bijna nooit afzonderlijke papels op andere plaatsen te zien zijn. Daardoor is het dan ook twijfelachtig of men dezen vorm wel tot den lichen rekenen mag.

In beide gevallen kan de verheven ring door terugzinken van het centrum ontstaan.

Aan de derde door WILSON aangegeven ontstaanswijze (zie pag. 24), mag toegevoegd worden, dat evenals bij psoriasis annularis nieuwe efflorescenties in den rand van eene oude papel of lichenschijf kunnen ontstaan, welke nieuwe papels meer verheven zijn dan de oude.

Behalve den ringvorm kan de lichen nog andere schikking der papels vertoonen. Herinnert de onderlinge plaatsing aan herpes zoster, dan spreekt men van lichen zoniformis. Als lichen linearis onderscheidt men eene lineaire groepeerings der papels, soms in het verloop van krabeffecten, littekens en aderen. GRAHAM LITTLE wijst op de volgende eigenaardigheden van den lichen linearis; het voorkomen voornamelijk bij kinderen en meestal op een der beenen, dus niet symmetrisch. In tegenstelling met anderen meent hij, dat de uitbreiding niet overeenkomt met den loop van eene bepaalde zenuw, noch met de zones van HEAD of de lijnen van VOIGT. Ook zag hij bij deze gevallen nooit atrophie of pigmentatie nablijven. Groepeerings der efflorescenties, die aan lues corymbiformis deed denken, werd o.a. door JADASSOHN waargenomen.

Ook de nagels kunnen aangetast zijn. Frequent is deze localisatie niet. HELLER kon in zijne monographie over nageiziekten maar over een enkel geval berichten. Men kent bij den lichen op de nagels groefjes in de lengterichting en kuiltjes, in lineaire opvolging gelegen. Soms wordt de nagel dikker, donkerder en verliest de doorschijnendheid.

De kleur van den slijmvlieslichen is in den regel wit, dof of glanzend en slechts zelden roodachtig. Er komen punten, vlekken, papeltjes, platen en lijnvormige groeven voor. De laatste loop evenwijdig of kruisen elkaar, waarbij eene ruitjesteekening ontstaat of zij vormen ster- en ringfiguren. Ook kan uit eene plaat door atrophie van het centrum een ring ontstaan. Eene enkele maal zijn de slijmvliespapeltjes polygonaal en hebben eene

centrale „delle”. HALLOPEAU nam ook spitse slijmvliespapels waar. Het slijmvlies in de omgeving is meestal normaal; soms is er een hyperaemische zoom. Behalve op de tong werd soms bij den lichen van het mondslijmvlies in latere stadia oppervlakkige ulceratie waargenomen. Op de tong kan het oppervlak door verdwijnen der papillen glad worden.

Naast de door WILSON genoemde aangetaste slijmvliezen moeten nog genoemd worden de labia oris, gingiva en epiglottis, conjunctivae, verder nog vulva, urethra, vesica urinaria, anus en vermoedelijk nog ventriculus.

Lichen van het slijmvlies geeft zelden tot klachten aanleiding. Eigenaardig is, dat jeuk voorkwam op de huid bij patiënten, die alleen lichen in den mond hadden (GOUGEROT).

Het percentage, waarin naast de huid ook het slijmvlies aangetast is, wordt zeer verschillend opgegeven.

De ziekte heeft meestal een chronisch verloop; zij kan maanden, zelfs jaren blijven bestaan, met nu en dan optreden van nieuwe papels, soms in aansluiting aan sterke lichamelijke inspanning of gemoedsbeweging.

Ook werd nu en dan een acuut verloop waargenomen met veel subjectieve verschijnselen en groote uitbreiding. Behalve papels vindt men dan ook oedemen en erythemen; soms ook koorts en klierzwellings (de laatste ook wel als krabeffecten ontbreken).

BROCQ vermeldt bij acuut verlopenden lichen het voorkomen van halfbolvormige papels en voegt daaraan toe, dat men deze lichen obtusus zou kunnen noemen. Ook FORDYCE en MACKEE vonden dezen papelvorm in acute gevallen. De uitslag blijft een paar maanden bestaan of gaat in een chronischen vorm over. Ook is overgang in een lichen bullosus en secundaire dermatitis exfoliativa waargenomen.

Evenals WILSON vindt GRAHAM LITTLE den lichen meer bij vrouwen, daarentegen schijnen in Frankrijk en Duitschland meer mannen aangetast te zijn. De frequentie van den lichen is in verschillende klassen van de bevolking zeer ongelijk; GRAHAM LITTLE vermeldt, dat hij in de private praktijk meer dan twee keer zooveel gevallen ziet als in de poliklinische; andere dermatologen hebben eene soortgelijke ervaring opgedaan. Volgens SCHÜTZ is de ziekte op het platteland zeldzamer dan in de steden. MONTPELLIER en PAUTRIER vermelden het optreden van kleine

epidemieën. Het meest komt lichen voor tusschen het 20ste en 50ste levensjaar; echter zijn gevallen bij zeer jonge kinderen en ook heel oude menschen waargenomen. KIESS, die uit de literatuur een honderdtal lichengevallen bij kinderen verzameld heeft, vermeldt, dat hij daarbij geen aangeboren gevallen aantrof.

De oorzaak van lichen is nog onbekend. Indien het juist is, dat de lichen na salvarsantoediening als toxicodermie is op te vatten (zie 3e hoofdstuk), dan is het wel waarschijnlijk, dat ook de spontane lichen door vergiften zou kunnen ontstaan.

In de monographie van RIECKE (handboek van MRACEK) kan men de meeningen over de oorzaken van lichen vinden. Deze meeningen zijn gegrond op verschillende verschijnselen in den vorm van den uitslag, op begeleidende verschijnselen van inwendige organen en op het nut eener behandeling.

RIECKE zegt, dat vroeger de meening van den nerveusen oorsprong de meest gangbare was. Tegenwoordig wordt de parasitaire oorsprong waarschijnlijker geacht.

De opvatting van den lichen door JAQUET als primaire neurose is verlaten, maar de neurogeene pathogenese wordt nog verdedigd op grond van het verschijnen van den uitslag na psychisch trauma, op grond van de beweerde localisatie op een bepaald innervatiegebied en op grond van de goede uitkomsten eener hydrotherapeutische kuur.

De lumbaalpunctie met wegname van eenig liquor cerebrospinalis, heeft de verschijnselen van den lichen, voornamelijk den jeuk doen afnemen. In de samenstelling van den liquor heeft men echter geene verklaring daarvoor kunnen vinden. Enkele malen is lichen ook bij patiënten met organisch zenuwlijden waargenomen.

✿ GOUIN neemt verband aan met het sympathische zenuwstelsel en verklaart op deze wijze de genezende werking van de behandeling met x-stralen boven de wervelkolom. De lichen zou niet veroorzaakt worden door eene dysfunctie van het neurovegetatieve systeem, doch de sympathicus zou, volgens GOUIN, de schadelijke prikkels, welke deze dan ook mogen zijn, voortgeleiden en aldus bij het uitbreken van het exantheem en bij de genezing der aandoening door bestraling een rol spelen.

De indirecte Röntgenbestraling heeft de laatste jaren eene

belangrijke plaats in de therapie van den lichen veroverd. Twee methoden worden daarbij toegepast, de z.g. oppervlakkige en de diepe; over de vraag, welke methode de beste resultaten geeft, loopen de meeningen uiteen. De techniek van de oppervlakkige methode is door GOUIN aangegeven. Hij gebruikt weke stralen. Onafhankelijk van de localisatie der aandoening heeft de bestraling op twee velden plaats, resp. hoog op den rug, tusschen de schouderbladen (middenpunt: 4e dorsaalsegment) en meer naar onder (middenpunt: 12e dorsaalsegment). Dikwijls is bestraling van het bovenste veld alleen voldoende. Bij lichen van het mondslijmvlies laat de behandeling nogal eens in den steek. GOUIN bestraalt in die gevallen ook boven de halswervelkolom. Hij meent, dat bij zijne methode het ruggemerg niet getroffen wordt, althans slechts eene minimale dosis krijgt.

Jonge efflorescenties genezen eerder dan lang bestaande; overigens is in de volgorde van het verdwijnen der aandoening geen regelmaat te ontdekken, met name treedt de genezing nu eens het eerst aan de armen, dan weer aan de beenen op.

GOUIN meent, dat het nuttig effect der behandeling niet het gevolg is van eene werking op het ruggemerg, doch aan bestraling van den sympathicus is toe te schrijven. Aanvankelijk noemde hij de grensstreng als het getroffen orgaan, doch hij is nu van meening, dat de genezing het gevolg is van bestraling van sympathicusvezels der huid, en dat van deze uit de centra in de hersenen, paravertebrale ganglien, viscerele en parietale plexus beïnvloed worden. Het effect van behandeling met harde stralen schrijft GOUIN niet aan de bestraling van het ruggemerg toe, maar aan het feit, dat daarbij ook sympathische zenuwen getroffen worden.

Voor de sympathicushypothese voert GOUIN verschillende argumenten aan. Zoo wijst hij op hetgeen bij platte en gewone wratten, alsmede bij molluscum contagiosum waargenomen is. Bij plaatselijke bestraling der eerst verschenen efflorescenties dezer aandoeningen ziet men soms ook de overige verdwijnen. GOUIN neemt voor verklaring van dit feit een sympathischen huidreflex aan. Genoemd argument heeft weinig bewijskracht, daar eene andere verklaring (vrijkomen van toxinen, vorming van antistoffen en opname in het bloed) misschien waarschijnlijker is. Van meer belang is, dat bij bestraling hoog op den rug lichen van de beenen geneest, als ook, dat in een geval van provocatie

door bestraling van het ruggemerg met harde stralen de uitbreiding niet segmentaal plaats vond.

Bovenvermelde opvattingen van GOUIN worden niet algemeen gedeeld. Zoo achten LOUSTE, LEVY-FRANCKEL en JUSTEN een invloed van den sympathicus onwaarschijnlijk, omdat even goede resultaten verkregen worden door bestraling van de bulbusstreek op een punt, dat gelegen is boven de sympathische centra van de grensstreng. PRIETO verwerpt de sympathicushypothese, omdat ook bestraling van een groot oppervlak der normale huid den lichen doet genezen (wat intusschen door PAUTRIER ontkend wordt).

GAWALOWSKI meent, dat met de groote hoeveelheid stralen, welke bij de methode van GOUIN toegediend wordt, het ruggemerg wel bereikt wordt. PAUTRIER merkt op, dat het mechanisme nog geheel onverklaard is, omdat er talrijke zenuwcentra in de werkingssfeer der stralen gelegen zijn.

Tegen de neurogeene theorie pleit volgens GRAHAM LITTLE het feit, dat tijdens den oorlog in Engeland eene toename der frequentie van den lichen noch bij het militaire, noch bij het civiele deel der bevolking waargenomen is (in tegenstelling met de alopecia areata). JADASSOHN merkt op, dat in vele gevallen de nervositas geheel ontbreekt en dat de localisatie op de grenslijnen van gebieden, die door bepaalde zenuwen verzorgd worden, zich ook met een parasitair aard laat verklaren.

Het vermoeden, dat gelijktijdig bestaande ziekten aan andere organen bij lichenpatiënten verband met de huidaandoening zouden houden, is niet bevestigd; de spaarzame sectiegevallen hebben in deze niets geleerd. Een overzicht van gevallen, waarin lichen naast aandoeningen der respiratieorganen, circulatie- en maagdarfstoornissen voorkomt, vindt men by SCHÜTZ. Hij vermoedt, dat de orgaanziekten langs autotoxischen weg eene dispositie in de huid doen ontstaan. Ook wordt door sommige schrijvers aan „focal sepsis” een rol bij het ontstaan van den lichen toegerekend. Verder wordt ook wel verband met stoornissen der inwendige secretie aangenomen. Zoo beschrijft HERSCHAN een geval van lichen bij eene patiënte met onvoldoende eierstokfunctie, bij wie de huidziekte verergerde kort voor de menses. Met de bekende middelen tegen lichen werd geen resultaat bereikt, wel van toediening van eierstokpreparaten, die de huidaandoening deden verdwijnen.

De parasitaire oorzaak is nooit bewezen. Wel heeft LASSAR kleine staafjesachtige vormsels en HAZEN spirochaeten (vermeld bij SUTTON) gevonden, doch deze waarnemingen zijn nooit door anderen bevestigd. PAUTRIER heeft bij menschen entingen in de huid verricht met materiaal, dat uit lichenpapels bereid was, maar daarbij nimmer positieve resultaten verkregen. Ook door DIND verrichtte entproeven bij dieren vielen negatief uit. NEISSER wijst op de gelijkenis van den lichen met de papuleuse syphilide: bij beide exanthemen kunnen naast lenticulaire, annulaire en serpiginouse vormen voorkomen, alsmede vlakke diffuse infiltraten; bij beide aandoeningen heeft gewoonlijk restitutio ad integrum plaats en blijft er zelden atrophie na; beide uitslagen zijn door eene inwendige therapie te genezen. Voorts worden als gronden voor de parasitaire genese nog aangevoerd de, zij het ook zeldzame, corymbiforme groepeerings der efflorescenties, het ontstaan van lichen na verwonding, het voorkomen van lichen bij echtgenooten ¹⁾ en ook, dat aan een gedissemineerden uitslag langen tijd eene initiale plek kan voorafgaan. HERXHEIMER, die zelfs van primairraffect spreekt, heeft acht van deze gevallen, waarbij in een drietal de primaire afwijking op de penis gelocaliseerd was, waargenomen. DARIER meent, dat de histopathologie van den lichen zich wel met eene parasitaire oorzaak laat vereenigen. GRAHAM LITTLE merkt op, dat geene enkele theorie alle eigenschappen van den lichen verklaart; wel vindt hij, dat veel voor de parasitaire natuur pleit. Als bezwaren tegen deze theorie voert GRAHAM LITTLE aan het feit, dat familiäre gevallen zeldzaam voorkomen en de buitengewoon groote immuniteit van jonge kinderen. Wat het laatste argument betreft, kan opgemerkt worden, dat lichen bij jonge kinderen niet zoo heel zeldzaam voorkomt en dat bovendien ook sommige andere besmettingen bij hen weinig worden aangetroffen (b.v. pityriasis versicolor).

Eene geheel andere opvatting zijn BUSCHKE en SKLARZ toegedaan. Zij verwerpen eene specifieke aetiologie en nemen het voorkomen eener lichenoïde dispositie der huid aan (naast talrijke

¹⁾ Familiäre gevallen bij broers en zusters wijzen misschien meer op eene verhoogde vatbaarheid. SPITZER meent, dat deze „dispositie” eene parasitaire oorzaak niet behoeft uit te sluiten en herinnert er aan, dat men bij de pityriasis versicolor, waarvan de parasitaire aetiologie vaststaat, toch ook eene dispositie aanneemt.

andere „constitutietypen” der huid als pemphigoïde, keratoïde enz.). Zij meenen, dat bij het bestaan eener lichenoidie dispositie verschillende oorzaken (psychische, mechanische, viscerale enz.) een lichenuitslag kunnen opwekken en dat deze oorzaken via het autonome zenuwstelsel de huidreactie doen ontstaan. Vooral WIRZ heeft zich tegen deze opvatting gekant; hij wijst er op, dat constitutie en dispositie weinig scherp begrensde begrippen zijn. Als bewijs tegen de theorie der lichenoidie dispositie voert WIRZ aan, het voorkomen van een urticarieel salvarsanexantheem bij een patiënt, die vroeger lichen heeft gehad en een geval, waarin tweemaal een salvarsanexantheem ontstond en wel had dit de eerste keer een scarlatiniform, de andere maal een lichenoid karakter. KLAAR en ROSNER wijzen er op, dat in de gevallen van lichenoidie salvarsanexanthemen het voorafgaande luetisch exantheem nooit een lichenoid karakter had.

Histopathologie van den lichen planus. Voor beantwoording der vraag, in welke huidlaag de eerste afwijkingen voorkomen, heeft men zeer jonge lichenpapels onderzocht. De meeste onderzoekers vinden bij lichen planus het corium het eerst veranderd, zijn het er niet over eens of het proces in de papillen, dan wel in het stratum subpapillare, begint. LEREDDE vond bij een lichenpatiënt hyperaemie in het corium van een huidgedeelte, dat klinisch nog geene afwijkingen vertoonde. Toch deelde KYRLE als resultaat van zijn onderzoek weer mede, dat men bij lichen planus en lichen acuminatus met primaire epitheelprocessen te doen heeft.

Corium. Op vaatverwijding volgt perivasculaire celophooping. Voordat deze diffuus wordt, zijn soms reeds enkele zwerfcellen in het epitheel waargenomen. De papillen zwellen op door van de vaten uitgaande celfiltraten en door oedeem. Ook het stratum subpapillare wordt geïnfilteerd. Het infiltraat is dicht en gelijkmatig verspreid. Bijna algemeen wordt aangenomen, dat de infiltraatcellen mononucleaire leucocyten zijn, waarnaast enkele polynucleaire leucocyten voorkomen. Volgens UNNA echter zijn het vaste bindweefselcellen; volgens FORDYCE bestaat het infiltraat uit lymphocyten en bindweefselcellen beide. Meestal wordt vermeld, dat plasmacellen ontbreken; sommige onderzoekers vonden naast deze ook epitheloïde cellen, mestcellen en eene enkele reuzecel. JADASSOHN heeft onlangs een geval van lichen ruber mee-

gedeeld, waarin het infiltraat van huid en slijmvlies overwegend uit plasmacellen bestond. Het infiltraat loopt als een smalle strook onder de epidermis met uitloopers langs de bloedvaten. De begrenzing aan de onderzijde naar het gezonde toe is zeer scherp.

Op den duur kan het bindweefsel regressieve veranderingen ondergaan, meestal haardsgewijs. De elastische vezels in het infiltraat blijven gewoonlijk onveranderd, kunnen echter in mindere of meerdere mate te gronde gaan. Het collagene weefsel gaat gedeeltelijk in structuurlooze eosinophile massa's over. UNNA vermeldt ook hyaline degeneratie der capillaire vaten. TÖRÖK nam in enkele gevallen met eosine goed kleurende homogene klonten waar en zegt, dat men deze waarschijnlijk als bindweefselvezels en infiltraatcellen, die in hyaline zijn overgegaan, moet opvatten. DARIER vermeldt colloïde degeneratie der infiltraatcellen. Het infiltraat neemt op den duur in dichtheid af en er ontstaan wijde oedeemspleten. De hyperpigmentatie berust vooral op pigmentafzetting in het corium.

Epidermis. Het stratum corneum is verdikt; het is eene vastgevoegde laag. Slechts zelden worden enkele kernhoudende hoorncellen waargenomen. Het stratum lucidum kan verdikt zijn, het ontbreekt dikwijls. In het begin is het stratum granulosum normaal; later verdikt het zich ook, doch op verschillende plaatsen zeer ongelijk. Deze verdikking gaat ten koste van het stratum spinosum en kan eene dusdanige afmeting aannemen, dat de keratohyalinehoudende cellen de epitheel-coriumgrens naderen. In atypische gevallen kan deze laag geheel ontbreken. Het stratum spinosum verdikt zich al in het begin door vermeerdering van het aantal celrijen; ook vindt men vermeld, dat de verdikking vooral aan inter- en intracellulair oedeem is toe te schrijven. Volgens TÖRÖK is de epitheelproliferatie in jonge papels gering, hij vond weinig mitosen. In oudere papels waren deze talrijker en vond hij het aantal celrijen wel toegenomen; ook wijst hij op de afplatting van de cellen der onderste rijen, die normaal min of meer cilindrisch zijn. FRIEBOES vermeldt, dat intercellulair oedeem in den regel ontbreekt; volgens UNNA is het permanent aanwezig. Met de verbreeding gaat eene hypertrophie der epitheelinzinkels gepaard; zij worden dik en daarbij korter of langer dan normaal. In de peripherie van de papel zijn zij langer en smaller dan in het centrum en vaak naar buiten gericht. Het stratum germinativum

kan normaal zijn, maar ook onregelmatig gevormd en soms plaatselijk geheel ontbreken. Ook in het epitheel worden soms enkele zwercellen aangetroffen. Degeneratieve processen in het stratum spinosum, nu en dan reeds in een vroeg stadium aangetroffen, hebben tot gevolg, dat de verbreeding niet van blijvenden aard is. De cellen verliezen hunne stekels, waardoor de samenhang van afzonderlijke cellen of celgroepen met de omgeving verloren gaat. De kern verliest hare kleurbaarheid en de cellen worden tot colloïde massa's. De epitheelspleten worden door oedeem tot microscopische blaasjes verwijd. De spleetvorming treedt vooral op tusschen het stratum germinativum en de daar boven gelegen cellagen. Dit verschijnsel is echter lang niet altijd aanwezig. Door het oedeem en de degeneratieve veranderingen in de huid kunnen epidermis en corium gedeeltelijk van elkaar loslaten.

Ook in de epidermis kan de hoeveelheid pigment toegenomen zijn. In oudere stadia verdwijnen vooral in het centrale deel van de papel door den druk der aanzwellende papillen de epitheelinzinkels, waardoor de vorm van de grenslijn tusschen epidermis en corium zich wijzigt. Hij wordt vlak, of, als er nog resten der epitheelinzinkels overgebleven zijn, arcadeachtig met de concaviteit der bogen op de papillen rustend. TÖRÖK vermeldt, dat op plaatsen, waar de epitheellijsten geheel verdwenen zijn, deze niet terugkomen. Soms blijft, als de lichenpapel verdwijnt, als gevolg van bindweefsel sclerose en epitheelatrophie, eene littekenachtige atrophische huid achter.

De muscoli arrectores pilorum zijn dikwijls hypertrophisch. Slechts enkele onderzoekers beschrijven ziekelijke veranderingen van de zweetklieren: ontaardingsprocessen aan de klier en uitvoerbuis, neiging tot cystevorming en een hoornklomp in den zweetporus. Smeerklieren, haarfollikels en haren zijn nagenoeg altijd normaal bevonden. Hetzelfde geldt voor de zenuwen. Onlangs zijn echter door PAUTRIER en DISS belangwekkende onderzoekingen meegedeeld. In heel jonge, klinisch nog niet waarneembare stadia van de lichenpapel vonden zij in de epidermis vermeerdering der MERKEL'sche tastcellen en in de cutis spoel- en stervormige cellen, waarvan de kern met de kern der genoemde tastcellen overeenkwam (donkere kleur en groote nucleolus) en het cellichaam, zoowel als de uitloopers door eene dunne collageenscheede omgeven waren. De uitloopers hadden eene fibrillaire

structuur en vertoonden op sommige plaatsen samenhang met merghoudende zenuwen.

Blijkbaar is de vermeerdering van MERKEL'sche cellen van korten duur, want PAUTRIER en DISS vermelden, dat deze cellen in de epidermis der jonge lichenpapel nagenoeg niet meer voorkomen; het corpus papillare van eene jonge papel vertoont daarentegen wel de bovengenoemde cellen, die PAUTRIER en DISS met de cellen van MERKEL identificeeren. Ook in het infiltraat van de volwassen papel worden zij aangetroffen en wel in het oppervlakkig gelegen deel van het infiltraat. Deze cellen zenden korte uitloopers in de epidermis en een lange in de cutis naar de zenuwen toe. In het dieper gelegen deel van het infiltraat komen cellen voor, welke met SCHWANN'sche cellen overeenkomen. Op grond van preparaten, die volgens de zilverimpregnatie-methode van RAMON Y CAJAL behandeld zijn, vermoeden PAUTRIER en DISS, dat de uitloopers van al deze cellen neurofibrillen zijn. Verder vonden zij de vaten omgeven door een vlechtwerk van groote epitheloïde cellen met hunne uitloopers, welke zij eveneens voor zenuwelementen houden.

Nu vermeldt PINKUS, dat in normale huid MERKEL'sche tastcellen, behalve in de epidermis ook in de cutis voorkomen, zoodat de aanwezigheid dezer cellen in het cutane deel van de lichenpapel niet behoeft te verwonderen. PAUTRIER en DISS komen echter op grond van hun onderzoek tot de conclusie, dat de lichenpapel vanaf het allereerste begin nieuwvorming van zenuwelementen vertoont.

De eerste beschrijving, handelend over de histopathologie van den slijmvlieslichen is van LUKASIEWICZ. Hij onderzocht het slijmvlies in een geval, waar de lichen op de epiglottis voorkwam; op de huid waren platte en spitse papels en daarnaast ook de karakteristieke verschijnselen van de pityriasis rubra pilaris aanwezig. Andere beschrijvingen zijn afkomstig van gevallen, waar de slijmvliesaandoening, naast lichen planus van de huid of als eenige aandoening bestond.

Alle onderzoekers vermelden verdikking van de epidermis en infiltratie. De epidermisverdikking had niet in alle gevallen dezelfde oorzaak. POOR zag slechts geringe epitheelproliferatie en schrijft de verdikking toe aan parenchymateus en interspinaal oedeem. TRAUTMANN vond geweldige hyperplasie van de stekel-

cellen, terwijl de overige epitheellagen normaal waren. In andere preparaten vond hij cellulair oedeem. Verder wordt beschreven het voorkomen van eenige rijen keratohyalinehoudende cellen. Aan de oppervlakte zijn de cellen verhoornd en bevatten slechts enkele of in het geheel geen kernresten.

Het papillaire en subpapillaire infiltraat, dat vooral om de bloedvaten zeer dicht is, bestaat uit mononucleaire met spaarzame polynucleaire cellen en mestcellen. Over de aanwezigheid van plasmacellen is men het niet eens. Een enkele onderzoeker vond ook tusschen de epitheelcellen leucocyten.

De bloed- en lymfvaten zijn in den regel verwijd. Het bindweefsel is gezwollen en oedemateus. FORDYCE vond vergrooing en hyaline degeneratie der papillen, een deel der vaten verwijd met hyaline degeneratie van den vaatwand.

RIECKE vermeldt het ontbreken van holtevorming; door anderen is zij op verschillende hoogte aangetroffen: zoo in het epitheel, met gedegenererde epitheelcellen als inhoud, maar ook tusschen epitheel en infiltraat en in het corpus papillare. De holten waren leeg of bevatten een zich slecht kleurenden inhoud. POOR vond het infiltraat rond de holte dichter dan op andere plaatsen. Toch worden door sommigen deze holten evenals de epitheelloslating als kunstproducten beschouwd. Het voorkomen van lichen bullosus der slijmvliezen pleit tegen deze opvatting.

Op grond van de waarneming van vaatverwijding met perivascularair infiltraat op plaatsen, waar epitheel en bindweefsel nog onveranderd waren, meent POOR, dat de aandoening van de bloedvaten van de submucosa uitgaat.

Het microscopisch beeld van den slijmvlieslichen komt dus met dat van den huidlichen overeen.

2. Lichen acuminatus.

Overweegt in een lichenuitslag de spitse papel in aantal, dan spreekt men van lichen acuminatus; zelden ontbreken platte papels geheel. De spitse papel is bijna altijd folliculair. In het begin als de papels speldeknoopgroot zijn, doet de aandoening aan cutis anserina denken. De volwassen papel heeft de grootte van eene gierstkorrel; de basis is rond of ovaal, niet polygonaal. De kleur is geel tot donkerrood. Spoedig maakt de oorspronkelijke kleur

plaats voor eene grauwgrijze tint door de sterke keratose, waarmee de lichen acuminatus gepaard gaat. Ook de huid rondom de papel kan door hyperaemie meer of minder rood zijn; de ziekte kan ook met erythemen beginnen. Na genezing kan pigmentatie nablijven; deze is sterker dan bij lichen planus.

Soms is er alleen geringe afschilfering, meestal vindt men in den top van de papel een harden, folliculaire hoornkegel. Deze hoornkegels doen de huid ruw aanvoelen. Na verwijdering van den kegel vindt men centraal eene kleine delle in de papel. De verspreiding der papels is onregelmatig, naast afzonderlijke papels komen groepen voor, soms in lijnvormige rangschikking. Komen er steeds nieuwe papels bij, dan gaan zij elkaar aanraken en ontstaan diffuse schijven. Het oppervlak van deze schijven is droog. Zij zijn met vastzittende, witte schilfers bedekt; de grondkleur is donkerrood, bruin, violet. De lichen acuminatus komt vooral op de onderbeenen voor.

ROTHER, BALZER en FAURE BEAULIEU e.a. zagen bij den lichen met spitse papels ook het slijmvlies aangedaan. De slijmvliesafwijkingen komen met die bij lichen planus overeen. Ook komen er spitse papels op het slijmvlies voor (Kerl).

Meestal is lichen acuminatus eene chronische aandoening, die den patiënt een matigen jeuk bezorgt. Erger is de jeuk als de lichen acuminatus acuut verloopt. Er kunnen dan ook erythemen en oedemen optreden; de ziekte kan een universeel karakter aannemen en letaal verlopen. Ook is overgang in secundaire exfoliatieve dermatitis bekend.

Spitse lichenpapels kunnen in platte overgaan en omgekeerd (o.a. RILLE).

Histopathologie. De lichen acuminatus is gekenmerkt door de uit concentrische lamellen opgebouwde hoornkegels in de follikels en zweetporus. De folliculaire hoornkegel kan een haar omvatten; is het haar uitgevallen, dan is daar ter plaatse een rond of ovaal lumen aanwezig, dat door concentrische hoornlamellen omgeven is. Naast de hoornkegels bestaat diffuse hyperkeratose.

FRIEBOES en GANS vermelden, dat ook onafhankelijk van follikel en zweetporus hoornkegels voorkomen. Het stratum granulosum is overal waar de hoornlaag de diepte indringt, verdikt. Het stratum spinosum rondom de follikel is onregelmatig verdikt. Het stratum basale is oedemateus en vertoont holte-

vorming, doch deze symptomen zouden ook kunnen ontbreken. In het epitheel komen enkele leucocyten voor. Sommige epitheelcellen vertoonen colloide ontaarding.

De afwijkingen in cutis en corpus papillare komen met die bij de platte lichenpapel overeen. Wel zijn oedeem en holtevorming minder sterk en onregelmatiger dan bij lichen planus. De perivasculaire infiltraten, aanvankelijk meer diffuus verspreid, zijn later meer aan den haarfollikel gebonden en wel om het bovenste gedeelte. Het infiltraat bestaat in hoofdzaak uit lymphocyten. De vaten zijn verwijd, de vaatwand vertoont hyaline degeneratie.

3. Pityriasis rubra pilaris.

De uitslag bij deze aandoening bestaat uit kegelvormige, folliculaire papels. De follikelmond wordt opgevuld door eene hoornschub: wordt deze uit de papel verwijderd, dan blijkt het intraepidermale deel kegelvormig te zijn (stalactietenschijf). In den hoornkegel vindt men een of meer opgerolde en atrophische lanugharen. Doordat deze haren gemakkelijk afbreken, steken zij niet of weinig boven de papel uit (haarcomedo).

Naast de folliculaire papels zijn er volgens UNNA, papels, die met den zweetporus overeenkomen; weer andere houden noch met den follikel, noch met den zweetporus verband. Dan komen er naast conische papels ook plat convexe, ronde en papels met een kuiltje voor. De grootte der papels wisselt van een speldeknoop tot gierstkorrel. De kleur kan roodachtig of gelijk aan die der omgevende huid zijn. De huid, waarop de papels staan, is normaal of hyperaemisch. Meestal vindt men de papels op symmetrische plaatsen in groepen bijeen. Door confluentie ontstaan schijven. Ook kunnen de papels boogvormig of ringvormig gerangschikt zijn (BORN). Niet overal zijn de papels even duidelijk. Op sommige plaatsen zijn ze weinig verheven en vormen grijsachtige schijven, die meer uit schubben dan uit papels bestaan. Naast papels vindt men algemeene hyperkeratose in verschillende graden, waardoor de huidteekening grover wordt. De afschilfering is gering.

Een verschijnsel, dat geheel kan ontbreken, is eene min of meer gegeneraliseerde diffuse roodheid, die op den duur gepaard gaat met geringe infiltratie. Het aspect op verschillende plaatsen is

ongelijk. Zoo komen op het behaarde hoofd geen papels voor, maar eene vettige, diffuse schilfering, evenals in de wenkbrauwen. Soms wordt de haargroei niet beïnvloed, soms is er alopecie. Het gelaat blijft zelden onaangetast. Romp en extremiteiten kunnen over een zeer groot oppervlak door papels en dikke schilferende plaques ingenomen zijn. Toch blijft de huid meestal op enkele plaatsen normaal. Zoo blijft de buik vaak vrij, wordt althans minder aangetast.

Een kenmerkend verschijnsel vormen de groepen geïsoleerd staande papeltjes op de rugzijde van de hand en het eerste en tweede vingerlid. Handpalm en voetzool zijn donkerrood gekleurd, de hoornlaag is verdikt. De nagels zijn veranderd en dikker of dunner dan normaal. Druk op de nagelplaat is pijnlijk.

De aandoening kan op verschillende plaatsen beginnen. Gewoonlijk gaan hyperkeratosis palmaris et plantaris, pityriasis capitis et faciei aan de eigenlijke eruptie vooraf. De vingers zijn altijd spoedig aangetast. Uitbreiding over het lichaam heeft meestal plaats van boven naar onder toe.

Het verloop is zeer verschillend. Soms is de ziekte in enkele weken gegeneraliseerd, soms vindt men gedurende jaren alleen de initiale plek; recidieven zijn regel. Er is weinig of geen jeuk. De algemeene toestand blijft meestal goed. Veroorzaakt de groote uitbreiding den patiënt veel last, quo ad vitam is de prognose gunstig. De ziekte kan op elken leeftijd beginnen, doch komt het meest bij jeugdige menschen voor. Na genezing blijft geen of slechts geringe pigmentatie na.

Als bijzonder kenmerk van de pityriasis rubra pilaris, wordt vermeld, dat de slijmvliezen niet zijn aangetast. Door GILCHRIST evenwel is een geval van pityriasis rubra pilaris beschreven, waarbij in den mond typische lichen aanwezig was en eerst later op de huid ook enkele platte papels voorkwamen. Door KOMOTO is een geval meegedeeld, waarin behalve het mondslijmvlies ook het oogbindvlies en hoornvlies waren aangetast. Ook HOFFMANN, NIELSEN, EDEL en JORDAN hebben bij deze ziekte slijmvlies-localisatie waargenomen.

Histopathologie van de pityriasis rubra pilaris.

DARIER, die den lichen acuminatus gelijkstelt met de pityriasis rubra pilaris en deze streng scheidt van den lichen planus, vermeldt bij de pityriasis rubra pilaris volgende histologische ver-

anderingen. In de follikels komen uit lamellen opgebouwde hoornkegels voor, die normale of atrophische lanugoharen omvatten. Het stratum granulosum is aanwezig en dikwijls hypertrophisch. Het stratum spinosum kan dunner of dikker zijn dan normaal. Het corpus papillare vertoont hyperaemie en eene meestal niet dichte, diffuse infiltratie. DARIER voegt hieraan toe, dat niets aan den lichen herinnert.

Anderen, zooals UNNA, noemen naast kenmerken, waaraan lichen acuminatus en pityriasis rubra pilaris van elkaar te onderscheiden zijn, ook punten van overeenkomst. Zoo komen volgens UNNA suprafolliculaire en folliculaire hyperkeratose, haarvormverandering, acanthose en papilzwelling bij beide aandoeningen voor; de volgende kenmerken van den lichen planus: oedeem, colloïde epitheel-ontaarding, hyaline-ontaarding der bloedvaten en bindweefselclerose ontbreken bij de pityriasis rubra pilaris, doch zijn aanwezig bij de folliculaire lichenpapel. In een door ROTHE beschreven geval evenwel, waar klinisch de diagnose op lichen acuminatus gesteld werd, was van deze verschilpunten alleen het oedeem aanwezig.

De papelvorming bij pityriasis rubra pilaris is, volgens UNNA, het gevolg van eene algemeene, primaire hyperkeratose. De hoornlaag is niet alleen verdikt, maar ook in vlakke richting vergroot, waardoor de fijnere huidgroefjes verdwijnen en grove plooien ontstaan, ook in stekellaag en corpus papillare. Het stratum granulosum is verdikt. De stekelcellen zijn vergroot en de interspinale spleten eenigszins verwijd. Er ontstaan geen groote oedeemholten. De papillen zijn weinig gezwollen, niet oedemateus. Het corpus papillare is weinig celrijk. Een doorlopend dicht infiltraat als bij den lichen ontbreekt.

De follikels zijn tot op verschillende diepte met hoornweefsel gevuld. Hierbij ontstaan uit concentrische lagen opgebouwde hoornparels met of zonder haarinhoud. De haarnieuwvorming lijdt minder dan bij lichen. Het perifolliculaire infiltraat bij de pityriasis rubra pilaris is sterker dan bij de folliculaire lichenpapel. Bij de laatste is het infiltraat tot het bovenste deel van de haarzak beperkt, bij de pityriasis rubra pilaris wordt de haarzak geheel door infiltraat omgeven. Het infiltraat bestaat uit cellen, arm aan protoplasma, die niet zoo gelijkmatig klein zijn als bij lichen; het zijn goed ontwikkelde spoelcellen en verder enkele plasmacellen

en wat meer mestcellen. Waar het infiltraat tegen den haarzak aan ligt vertoont diens stekellaag intercellulair oedeem en geringe leucocytose. Ook onafhankelijk van de follikel vertoont de stekellaag verspreide haardjes van leucocyten en oedeem. UNNA onderschrijft de uitspraak van VON DÜRING: de folliculaire lichen-efflorescentie is eene cutane, die van de pityriasis rubra pilaris eene epidermale papel.

De van de zweetklier uitgaande z.g. porale papel, die in de handpalm voorkomt, is wat kleiner dan de vorige en heeft minder neiging tot vorming van hoornparels.

Een derde papeltipe, dat volgens UNNA geen analogon heeft bij den lichen, wordt beschreven onder den naam sinueuse papel. Deze vindt zijn oorzaak in de vlaktevergrooting der hoornlaag. De hoornlaag dringt in het centrum van de papel diep naar binnen. Rondom deze plooï ontstaat eene reactieve epitheelwoekering. Evenals de hoornlaag is de korrelaag sterk verdikt. Aldus ontstaat een stompe kegel, die meestal droog is, doch ook door een korst van serofibrineus exsudaat bedekt kan zijn. Het infiltraat is weinig ontwikkeld. De bloedvaten zijn sterk verwijd.

GANS geeft eene beschrijving, die grootendeels met die van UNNA overeenstemt. Het infiltraat bestaat, volgens GANS, deels uit fibroblasten, deels uit lymphocyten met weinig plasmacellen en mestcellen, terwijl polynucleaire leucocyten nagenoeg geheel ontbreken. Volgens dezen auteur sluit de histologie der klassieke gevallen een verband tusschen pityriasis rubra pilaris en lichen ruber en daarmee ook met den spitsen lichenvorm uit. Doch voegt hij er aan toe, dat wanneer de ontstekingsachtige veranderingen in de cutis, niet in eene bepaalde richting wijzen of wanneer niet uit te maken is of de papelvorming zuiver cutaan of zuiver epidermaal is, de onderscheiding tusschen beide ziekten zeer moeilijk is.

Naast DARIER, die meent, dat er histologisch in het geheel geen overeenkomst bestaat tusschen lichen en pityriasis rubra pilaris en UNNA, die beide ziekten onderscheidt, maar toch op punten van overeenkomst wijst, moet vermeld worden, dat volgens eene derde groep schrijvers de lichen acuminatus en pityriasis rubra pilaris histologisch niet te scheiden zijn. Tot de laatste behoort RIECKE, die de histologie van beide ziekten als één geheel behandelt. Vrijwel dezelfde meening heeft FRIEBOES, aan wien het volgende ontleend is. De z.g. pityriasis rubra pilaris stemt deels vol-

komen met den lichen acuminatus overeen, is deels een symptoom van andere toestanden en kan dus eigenlijk niet als afzonderlijk ziektebeeld gelden. Het is niet mogelijk de pityriasis rubra pilaris met zekerheid van den lichen acuminatus te onderscheiden. Komt sterke folliculaire hyperkeratose naast de typische verschijnselen van den lichen ruber planus voor, dan heeft men met lichen ruber planus te maken. Wanneer de lichen ruber planus-papel verdwenen is en in plaats daarvan, zooals vaak bij folliculaire keratose gebeurt, eene folliculaire en perifolliculaire ontsteking optreedt, dan ontstaan niet karakteristieke beelden, die sprekend gelijken op het histologisch beeld, dat voor de pityriasis rubra pilaris gereserveerd is. Het histologisch beeld is zonder klinisch beeld ontoereikend om de pityriasis rubra pilaris, lichen acuminatus en eene gewone door ontsteking veranderde folliculaire hyperkeratose van elkander te onderscheiden.

Samenvatting.

In het historisch overzicht is reeds vermeld, dat ondanks de arbeid van vele vooraanstaande dermatologen het probleem lichen ruber acuminatus—pityriasis rubra pilaris, nog nooit eene bevredigende oplossing heeft gevonden. Eenerzijds neemt men aan, dat de pityriasis rubra pilaris niets met den lichen heeft uit te staan; andere meenen, dat het onmogelijk is lichen acuminatus en pityriasis rubra pilaris te scheiden.

Ik moet dus de gronden aangeven, waarop in dit hoofdstuk de pityriasis rubra pilaris vermeld is. Tot heden is het niet mogelijk aetiologisch den lichen van de pityriasis rubra pilaris te onderscheiden. Wel is gebleken, dat het salvarsan soms lichen veroorzaakt. Men moet dus wel aannemen, dat er meerdere aanleidende oorzaken zijn, die de lichenreactie kunnen opwekken.

Lichen en pityriasis rubra pilaris kunnen dus niet anders dan als vormdiagnosen worden opgevat. De vraag is dus welke vormen men tot lichen rekenen wil. Het meest logisch zou zijn, dat men zooveel vormen onderscheidde als er papelvormen bij gevonden worden. Dit is echter niet meer willekeurig te doen. Sedert KAPOSI tot lichen heeft gerekend lichen planus en lichen acuminatus, behooren tot lichen twee geheel verschillende papelvormen: platte en spitse. Dat de lichen planus en de lichen acuminatus tot ééne groep van lichen gerekend moeten worden, wordt gesteund door het feit, dat platte en spitse papels bij den-

zelfden patiënt naast elkaar kunnen voorkomen (en zelfs in elkaar kunnen overgaan).

De efflorescentie van de pityriasis rubra pilaris is eene spitse papel, die van de papel bij lichen acuminatus verschilt door de sterke, reeds vroeg bestaande hyperkeratose en de bleeke kleur. M.i. is de hyperkeratose geen reden tot het aannemen van een buiten lichen staand nieuw type, want ofschoon later, komt keratose van de spitse papel ook bij lichen acuminatus voor. Bovendien bestaat er een bepaalde vorm van lichen (lichen corneatus) met zeer sterke verhoorning, waarbij spitse naast platte papels te vinden zijn. Op grond van de vroege en sterke verhoorning lijkt het mij niet noodzakelijk de pityriasis rubra pilaris als afzonderlijke exantheemvorm te onderscheiden.

De bleeke kleur van de papels bij pityriasis rubra pilaris, kan door de hyperkeratose verklaard worden. Ook kan men aannemen dat de bleeke kleur een gevolg is van minder heftige ontsteking (histologisch bestaan er slechts gradueele verschillen met den lichen acuminatus) en dat de hyperkeratose ook daarmede samenhangt. Bovendien is de onderscheiding van de papels bij beide ziekten lang niet altijd mogelijk; zoowel bij lichen acuminatus als bij pityriasis rubra pilaris kunnen papels van roode en ongeveer normale huidkleur voorkomen. HALLOPEAU, tegenstander der identiteit, geeft toe, dat de spitse lichenpapel en die van de pityriasis rubra pilaris volkomen identiek kunnen zijn en acht daarom het morphologisch karakter voor de onderscheiding van secundaire beteekenis.

Als minder karakteristiek verschil wordt verder opgegeven eene sterke mate van seborrhoe, ook seborrhoea oleosa van het aangezicht. Ook eene begeleidende seborrhoe is geen reden om de pityriasis rubra pilaris uit de lichengroep weg te laten. Seborrhoe gaat vaak met schilfering samen; de schilfering is als kenmerk van de pityriasis rubra pilaris reeds genoemd.

Het ontbreken van slijmvliesandoeningen heeft in deze als argument zijne waarde verloren, omdat, hoewel nog gering in aantal, gevallen van pityriasis rubra pilaris met slijmvliesandoeningen bekend zijn.

Nog worden ter onderscheiding van lichen acuminatus en pityriasis rubra pilaris aangevoerd verschillen in den algemeenen toestand, jeuk, verloop, recidieven, localisatie en symmetrie,

pigmentatie en resultaat van medicamenteuse therapie. De waarde van quantitatieve verschillen dezer verschillende symptomen is betrekkelijk; met zekerheid is daarop noch de eene, noch de andere ziekte uit te sluiten. Bovendien zijn sommige kenmerken van de pityriasis rubra pilaris wel bij lichen acuminatus waargenomen (localisatie op de vingers enz.). Er bestaan dus overgangsvormen. Ook samentreffen van lichen planus en pityriasis rubra pilaris is bekend. Een fraai geval is door van WERING waargenomen (zie hoofdstuk IV).

Alles bijeengenomen, meen ik, dat, zoolang de aetiologie onbekend is, het geoorloofd is om de pityriasis rubra pilaris te beschouwen als een lichen acuminatus met belangrijke reactie van de epidermis en geringe afwijkingen in de cutis, doch bovendien gekenmerkt door een aantal karakteristieke symptomen als de seborrhoe en localisatie op hand- en vingerruggen. BORN zegt het heel kort: de pityriasis rubra pilaris is eene „Verlaufsvariante” van den lichen acuminatus.

4. Lichen obtusus.

De lichen met stompe papels komt zeer zeldzaam voor. De efflorescenties van deze variëteit, die gewoonlijk op de onderbeenen gelocaliseerd is, zijn bolsegmentvormig en grooter dan de beide andere lichenpapels; zij zijn niet door huidgroefjes begrensd, de omtrek is rond. De kleur is blauw- of bruinachtig rood. Een lichen kan uitsluitend uit obtuse papels bestaan, doch ook komen zij naast de andere voor; zoo is door HALLOPEAU een geval beschreven, waarin obtuse samen met platte en spitse papels voorkwamen. ¹⁾ De coincidentie met slijmvlieslichen en andere elementen met opaalkleurige lijnen en centraal kuiltje, bewijst volgens hem, dat de obtuse vorm werkelijk in de lichengroep behoort.

UNNA, die den lichen obtusus voornamelijk bij kleine kinderen waarnam, vermeldt, dat de papels meest in gering aantal, over

-) Ook is het ontstaan van platte papels naast obtuse waargenomen, nadat de laatste reeds langen tijd hadden bestaan. DE BUY WENNIGER vertoonde in 1906 op eene vergadering der Nederl. Vereen. van Dermatologen eene patiënte met lichen obtusus. Toen 7 jaar later MAAS deze patiënte weer demonstreerde, waren er tevens platte lichenpapels aanwezig.

groote plekken verspreid, voorkomen en niet confluereen; altijd zou er eene met de zweetporus overeenkomende centrale inzinking zijn, waaruit zich eene concentrisch gebouwde hoornparel laat drukken, zoodat er eenigszins overeenkomst met *molluscum contagiosum* zou bestaan. Volgens BUELER evenwel ontbreekt de centrale kuil met hoornparel meestal. Verder vermeldt hij van den lichen obtusus, dat de papels geen bepaalde plaats van voorkeur innemen en dat het aantal efflorescenties, ook wanneer de lichen obtusus samen met andere lichenvormen voorkomt, gering is. Op de slijmvliesen zijn de obtuse papels nooit waargenomen. Ook in de obtuse papels zou een netwerk van witte strepen en punten voorkomen (HÖKE).

Men is het er niet over eens of de papels van den lichen obtusus van den aanvang af stomp zijn; volgens HALLOPEAU en LEREDDE ontstaat de obtuse (en ook de spitse) papel uit de platte; volgens HÜGEL ¹⁾, is dit niet het geval. Evenmin wordt de naam lichen obtusus uitsluitend voor de hier bedoelde ziekte gebruikt. Zoo is voor GRAHAM LITTLE lichen obtusus identiek met lichen corneatus; en wat de door UNNA beschreven lichen obtusus betreft, is hij de meening toegedaan, dat het twijfelachtig is, of deze tot den lichen gerekend moet worden. Tegen de eerste opvatting is aan te voeren, dat er obtuse papels voorkomen, waarbij de hyperkeratose zeer gering is en die dus onmogelijk tot den lichen corneatus gerekend kunnen worden.

STELWAGON verstaat onder lichen obtusus = lichen hypertrophicus den lichen met groote papels (zoo groot als een kleine of groote erwt). De basis dezer papels is rond, het oppervlak vlak of kegelvormig. Deze aandoening voldoet niet aan de bepaling, want de papels van lichen obtusus zijn niet alleen groot, doch ook bolsegmentvormig.

Volgens DARIER worden onder „lichen obtusus” verschillende, weinig scherp omschreven, uitslagen verstaan. Van den lichen obtusus van UNNA, die een vorm van lichen planus zou zijn, onderscheidt hij den lichen obtusus vulgaris en omschrijft deze aldus: De obtuse papels ontwikkelen zich langzaam; zij komen

¹⁾ Hoewel het door HÜGEL waargenomen geval in enkele opzichten van het door UNNA beschreven ziektebeeld afwijkt, beschouwt HÜGEL zijn geval wel als lichen obtusus; PICK rekent dit geval tot den lichen obtusus corneatus.

het meest op de onderbeenen voor. Dikwijls zijn de papels met een hoornlaagje bedekt. Omdat platte papels met lijnen van WICKHAM ontbreken, stelt hij de vraag of deze aandoening niet met meer recht bij de prurigo nodularis dan in de lichengroep ondergebracht wordt, eventueel geïdentificeerd wordt met prurigo nodularis.

Prurigo nodularis is de naam door HYDE gegeven aan eene ziekte, ook bekend als urticaria perstans ¹⁾ en als lichen obtusus corneatus; ook is de aandoening als lichen ruber verrucosus beschreven (door ISAAC vermeld door PAUTRIER). BROcq vermeldt van deze ziekte, die vaak met lichen obtusus vereenzelvigd wordt, de volgende kenmerken. De papels komen vooral op de onderbeenen voor en confluëeren niet. Zij zijn halfbolvormig en gering in aantal. De papels zijn groot: 3—10 m.M. Volgens RASCH heeft de primaire efflorescentie een diameter van 3—4 m.M., later kan deze zelfs 12 m.M. bereiken; STELWAGON zag elementen van de grootte van eene kers. PAUTRIER vermeldt, dat zij zich 5—15 m.M. boven het huidniveau verheffen. STELWAGON omschrijft de kleur als zachtrood met wit of grijs of bruinrood. Aan den uitslag gaat jeuk vooraf. Wordt er niet gekrabt, dan is het oppervlak glad en droog; soms zijn er evenwel flinke excoriaties, die met bloederige korstjes bedekt zijn. De papels voelen hard en ruw aan; de bedekkende epidermis is duidelijk verdikt en hoornachtig; het oppervlak kan ook wratachtig zijn. De ziekte is zeldzaam: in een der laatste publicaties (PICK) wordt vermeld, dat er ongeveer 25 gevallen bekend zijn. Op ééne uitzondering na waren alle patiënten van het vrouwelijk geslacht en van middelbaren leeftijd. Quo ad sanationem is de prognose infaust. Op grond van urticariele bijverschijnselen, die maar in een klein deel der gevallen vermeld worden, werd de aandoening bij de urticaria ondergebracht. Volgens SCHERBER zijn de bijverschijnselen van 3-erlei aard: de papel ontstaat uit een urticariabult; naast papels komen urticariabulten voor; de papel doet door glans, vorm, glad oppervlak, jeuk en snel ontstaan aan urticaria denken.

Volgens BROcq behoort de lichen obtusus corneatus niet tot

¹⁾ RASCH wijst er op, dat niet alle als urticaria perstans beschreven gevallen identiek zijn met den lichen obtusus corneatus.

den lichen, maar is zij klinisch en histologisch eene neurodermitis met lichenificatie (lichénification circonscrite en nodules). PAUTRIER, die de meening van BROcq deelt, wijst er op, dat bij lichen corneatus obtusus nooit planus papels, noch slijmvlieslichen voorkomen, dat het verloop veel langduriger is dan bij lichen en dat jeuk aan de zichtbare huidafwijking zou vooraf gaan.

Als lichen ocreaformis (ocrea = met uitgeslagen bulten voorzien) is door LIEBERTHAL een geval meegedeeld, dat hij voor een unicum houdt. Op grond der beschrijving en afbeeldingen lijkt mij, dat de lichen ocreaformis identiek is met den lichen obtusus. Op het mondslijmvlies kwam een typische lichen voor; histologisch vertoonde de aandoening het gewone beeld van den lichen.

Volledigheidshalve moet hier nog vermeld worden, de aandoening met obtuse papels, door KAPOSI als lichen ruber monileformis beschreven, waarbij talrijke strengvormige afwijkingen voorkomen. Deze strengen bestaan uit lijnvormig, naast elkaar gerangschikte efflorescenties, die naar het midden van de streng in grootte toenemen en confluëeren. De hierbij ontstaande vorm van de streng en de glans der efflorescenties, doen aan een parel-snoer denken. Naast de strengen komen platte lichenpapels en pigmentvlekjes voor. STERNBERG gaf onlangs een overzicht van soortgelijke gevallen, die later waargenomen zijn; hierbij is er niet een, dat geheel met het geval van KAPOSI overeenkomt. Op histologische gronden meent UNNA, dat de lichen monileformis niet tot den lichen behoort. Door BRIEL wordt vermeld, dat HERXHEIMER deze aandoening als een vorm van neurodermitis beschouwt.

Histopathologie van den lichen obtusus.

UNNA vermeldt, dat de lichen obtusus gekenmerkt is door sterke acanthose. Het stratum spinosum vertoont oedeem en colloïde ontaarding. Stratum corneum en stratum granulosum zijn verdikt. De zwelling der papillen is geringer dan bij lichen planus; het aantal papillen, waarover de papel zich uitstrekt, is grooter. Er is een lensvormig infiltraat met verwijde bloedvaten en lymphruimten. Karakteristiek voor dezen papelvorm is volgens UNNA de door een hoornmassa opge vulde zweetporus in het centrum van de papel. Als de hoornparel uitvalt, blijft een groefje achter. Aan de zweetklier en hare afvoerbuis komen ontstekingachtige verschijnselen met verwijding van het lumen

voor. Volgens BUELER, die zelf een geval van lichen obtusus onderzocht, komt het histologische beeld met dat van lichen pianus overeen. Hij geeft volgende samenvatting: keratose, granulose en acanthose in de epidermis; in de cutis een dicht infiltraat van kleine cellen, uitgaande van de subpapillaire vaten, dat tot de epitheelgrens reikt en ook naar de gezonde cutis toe scherp begrensd is. BUELER voegt er uitdrukkelijk aan toe, dat de zweetklierverandering geen constant symptoom van den lichen obtusus is. Verder vermeldt hij, dat in zijn geval in de epidermis veel leucocyten voorkwamen en blaasjes, die met gezwollen cellen gevuld waren. Er was parakeratose. Ook het corium was oedeematus, de bloed- en lymphvaten waren sterk verwijd.

Hier mag nog in het kort een door HÖKE beschreven geval van „xanthomisiertem” lichen obtusus vermeld worden, dat gekenmerkt was door diffuus in het geheele infiltraat verspreide xanthoomachtige reuzecellen. De patiënt was een overigens gezonde jongen van 9 jaar, bij wien gedurende 3 jaar een over het geheele lichaam uitgebreide uitslag van obtuse en ook min of meer vlakke papels bestond. De kleur was geel tot diep livide-rood, een deel der papels vertoonde duidelijk een netwerk van witte punten en lijnen. Eene vlakke papel vertoonde de typische lichenstructuur: de obtuse papels waren gekenmerkt, doordat in het infiltraat naast histiocyten, lymphocyten en leucocyten een groot aantal scherp begrensde, ronde en ovale reuzecellen voorkwamen, waarvan het protoplasma een raatachtigen bouw bezat. De meeste van deze cellen vertoonden eene opvallende groote kern, doch waren er ook met vele kleine kernen (2—12). Doordat het materiaal in alcohol gefixeerd was, kon het onderzoek op dubbele breking om eventuele cholesterine-vetzuuresters aan te toonen, niet verricht worden. Hij houdt het geval voor lichen obtusus, die secundair „xanthomisiert” is. Deze complicatie, is door JADASSOHN bij verschillende huidtumoren en dermatosen o.a. ook bij neurodermitis aangetoond.

Samenvatting. Mede op grond van een door mij waargenomen geval (zie hoofdstuk IV), beschouw ik het bestaan van een echten lichen obtusus als bewezen. Men moet van den obtusen lichenvorm wel onderscheiden den lichen obtusus corneatus. Het is twijfelachtig of de lichen monileformis van KAPOSI tot den lichen gerekend moet worden.

5. Lichen pemphigoides.

Bij den lichen kunnen naast papels kleine en grootere blazen voorkomen. Deze kunnen uit eene lichenpapel ontstaan, doch ook primair zijn. Mechanische irritatie bevordert het optreden van blazen; zoo komen op de voetzool nogal eens vaak enkele blazen voor, terwijl de uitslag verder alleen uit papels bestaat.

Dikwijls wordt bij den lichen pemphigoides een acuut verloop waargenomen, het algemeen welbevinden is gestoord; op de huid komen erythemen en oedemen voor en hierop papels en blazen. Echter kunnen de blazen ook op normale huid opschieten. Een dergelijk geval is o.a. door MENDES DA COSTA beschreven. Aanvankelijk ontstonden in dit geval de blazen op bestaande lichen-efflorescenties, daarna ook op gezonde huid, in een nog later stadium waren er alleen blazen waar te nemen. Sommige blazen waren zeer groot; van de meeste was de inhoud haemorrhagisch. Ook op het slijmvlies van mond en keel kwamen blazen voor; deze bleven lang intact. Bij aansnijden van het blaasdek vloeide de inhoud van de blaas niet weg door de geleijachtige vastheid. De aandoening geleek in dit stadium volkomen op pemphigus, ook het verschijnsel van NIKOLSKY was aanwezig; er was echter geen eosinophilie van de blaasinhoud. Onder arsenikbehandeling hield de blaasvorming op en kwamen weer lichenpapels te voorschijn, die onder voortgezette behandeling eveneens verdwenen. Er zijn gevallen waargenomen, waarbij wel eosinophile cellen in de blaasinhoud voorkwamen.

POKORNY beschrijft de vorming van eene papels uit eene blaas bij lichen pemphigoides en completeert met deze waarneming een oorspronkelijk door RIECKE opgesteld schema:

1. in plaats van planuspapels ontstaan blazen;
2. planuspapels gaan in blazen over;
3. blazen gaan in papels over;
4. lichen planus kan gepaard gaan met: a. eene idiopathische blazenaandoening (b.v. vesiculus eczeem), b. eene symptomatische blazenaandoening (gevolg van arsenicum).

Histopathologisch vertoont de lichen pemphigoides naast de gewone kenmerken van lichen, blazen, die op verschillende hoogte der epidermis kunnen voorkomen, het meest tusschen stratum spinosum en corpus papillare, maar ook te midden der afgeplatte

epitheelcellen. De blaasinhoud wordt gevormd door colloïde slijm, leucocyten, fibrinedraden en detritus.

Aan POKORNY, die eene jonge blaasefflorescentie onderzocht, zijn de volgende bijzonderheden ontleend. De epitheellaag was in zijn geheel door de blaas van de knotsvormige en oedemateuse papillen gescheiden. Het infiltraat was weinig dicht en bestond uit lymphocyten en leucocyten; plasmacellen waren niet aanwezig. De capillairen waren verwijd en in de papiltoppen gethromboseerd. De serofibrineuse blaasinhoud bevat ook cellen, waarbij weinig lymphocyten en leucocyten. (POKORNY spreekt van colliquatieblaas). Op den blaasbodem, maar ook aan de onderzijde van het epitheel komen geballioneerde epitheelcellen met één of meer kernen voor, die veel pigment bevatten. De aanwezigheid dezer cellen in een jeugd stadium doet POKORNY vermoeden, dat de hyperpigmentatie niet secundair is, maar een direct gevolg van de inwerking van het ziekmakende agens.

6. Lichen corneatus.

De lichen corneatus is een zeer chronische vorm, die meestal met heftigen jeuk gepaard gaat. Zij is gekenmerkt door schijven van zeer uiteenlopende grootte, waarin met haarfollikel of zweetporus overeenkomende kleine gaatjes te vinden zijn. Deze zijn zichtbaar geworden door het uitvallen van kleine hoornkegels. De grondkleur is bleek tot levendig rood. Echter is de kleur, doordat de schijf met witte of vuilgrijze hoornmassa's bedekt is, in verschillende gevallen zeer ongelijk; gewoonlijk grijs bij wit af of bruinzwart. De hoornmassa's zijn moeilijk te verwijderen, de huid is verdikt en voelt zeer ruw aan.

Vaak is er groepvorming en door confluentie kunnen de schijven dan belangrijke afmetingen aannemen. Naast de schijven komen soms typische lichenpapels voor; ook het samen voorkomen met slijmvlieslichen (o.a. RAVOGLI, MONTPELLIER), is waargenomen. Deze vorm is dan ook niet anders dan een lichen, welke met dikke hoornmassa's bedekt is. Het meest komt de overgang in lichen corneatus voor bij den lichen acuminatus, omdat bij dezen vorm de hyperkeratose sterker is dan bij de andere lichenvormen. De praedilectieplaats is de strekzijde der onderbenen, welke localisatie in verband gebracht wordt met

varices en veneuse stuwings. Echter komt de lichen corneatus ook voor op plaatsen, waar varices ontbreken. JOSEPH wijst er op, dat deze vorm wordt aangetroffen, waar de huid dicht op het been ligt. Ook op het mondslijmvlies is lichen corneatus waargenomen.

Heel dikwijls wordt de lichen corneatus ook lichen verrucosus, lichen hypertrophicus en lichen verrucosus hypertrophicus genoemd. Andere synoniemen zijn lichen papillomatosus, lichen tuberosus en lichen chronicus circumscriptus hypertrophicus. Hoewel men eene enkele maal (o.a. bij JOSEPH, FORDYCE) histologische afbeeldingen van dezen lichenvorm aantreft, die eenigszins aan papilachtige verhevenheden doen denken en het synoniem verrucosus dus wel verdedigd kan worden, is de naam lichen corneatus te verkiezen, daar de hier gebruikte namen alle op het klinisch beeld betrekking hebben. Het ruwe oppervlak berust op eene dikke hoornlaag; eene duidelijk zichtbare wratvorming komt zelden voor. Voor de laatste gevallen zou men den naam lichen verrucosus kunnen behouden.

Ook de naam lichen hypertrophicus is minder gewenscht, want klinisch is hij alleen in die gevallen begrijpelijk, waar de hoornachtige plek zeer verheven boven de omgeving is geraakt, terwijl histologisch de naam alleen op het hoornweefsel toepasselijk is, doch de meening zou kunnen vestigen, dat deze vorm zich door een bijzonder sterken groei der bindweefsel- of epitheelcellen van andere lichenvormen zou onderscheiden.

Lichen papillomatosus en lichen tuberosus zijn eveneens ongeschikte namen voor dezen vorm, want „papillomatosus” ziet op papil- of tepelvormige verhevenheden, die bij den lichen corneatus slechts bij uitzondering voorkomen en tuberosus zou de gedachte kunnen wekken van eene aandoening der cutis, terwijl hier alleen bedoeld kan worden eene sterke verheffing der aandoening, in hoofdzaak door hoornweefsel.

Het synoniem lichen chronicus circumscriptus hypertrophicus (SCHÜTZ) is ongewenscht, omdat deze naam aanleiding geven kan tot verwarring met den lichen circumscriptus chronicus VIDAL.

DARIER nam den lichen corneatus, die volgens hem vaak met lichen obtusus verwisseld wordt, samen waar met typischen lichen planus, met slijmvlieslichen, maar zag hem ook op natte eczeem-

plekken ontstaan. Op grond dezer feiten neemt hij aan, dat verschillende dermatosen, zooals eczeem, prurigovormen en lichen in het klinisch beeld van den lichen corneatus hypertrophicus kunnen overgaan. JADASSOHN teekent hierbij aan, dat dezelfde ziektebeelden bij langbestaande lichen VIDAL voorkomen.

Bij de door DARIER beschreven ontwikkeling van lichenachtige uitslagen bij eczeem en prurigo moet opgemerkt worden, dat deze waarneming niet wegneemt, dat de lichen corneatus zich primair ontwikkelen kan en vanwege het chronische karakter en de droogte der papels niets met eczeem of prurigo te maken heeft.

Histopathologie.

De lichen corneatus vertoont het gewone beeld van den lichen. Van alle epidermislagen is de hoornlaag het meest verdikt, echter niet altijd zoo aanzienlijk als het klinisch beeld doet verwachten. Bovendien is de hoornlaag onregelmatig gebouwd, waardoor ook onafhankelijk van de follikels hoornkegels ontstaan. POLANO vond in het stratum granulosum en spinosum cellen met vijf of zes kernen; ook in het corium kwamen deze reuzecellen van epitheliale afkomst voor.

Evenals de epitheellijsten zijn de papillen grooter en breeder; ook is wel waargenomen, dat de papilvorm onregelmatig werd en aan papilloom of verruca herinnerde. RIECKE vermeldt, dat getracht is een corneale en een papillomateuse ondervorm te onderscheiden, alnaar het proces in het stratum corneum of het corpus papillare overweegt; voegt er evenwel aan toe, dat het niet mogelijk is deze onderverdeling scherp door te voeren.

Ook hier een dicht, scherp van onderen begrensd infiltraat. Ter plaatse van het infiltraat zijn de elastische vezels verdwenen; het collagene weefsel vertoont degeneratieve veranderingen. FORDYCE vond het infiltraat bij dezen vorm niet zoo scherp begrensd, wel veel vaten en nieuw gevormd bindweefsel.

De eerste beschrijving, van GEBERT afkomstig, vermeldt geringe epidermisveranderingen: eene papillaire hypertrophie, als bij de wrat, is niet aanwezig, de „tumorvorming” berust op het volumineuse, scherp naar onder toe begrensde coriuminfiltraat.

In oudere stadia is de hypertrophie van de hoornlaag verdwenen, de overige epidermis soms zelfs smaller dan normaal; het infiltraat maakt plaats voor een vaatrijk littekenachtig bindweefsel.

PAUTRIER vermeldt buitengewoon sterke hyperkeratose en hyperacanthose en daarnaast infiltraatplekken van chronisch karakter en vooral veel vaatnieuwvorming.

De lichen corneatus van het slijmvlies is door NICOLAS en JOURDANET onderzocht; zij vonden dezelfde veranderingen, als bij lichen corneatus van de huid.

7. Lichen neuroticus.

Deze lichenvorm is door UNNA eerst als lichen acuminatus beschreven, doch nadat KAPOSI den lichen acuminatus identiek verklaarde met de pityriasis rubra pilaris, heeft UNNA den naam in lichen neuroticus veranderd. Deze aandoening heeft een acuut verloop en gaat met sterke nerveuse symptomen en stoornis van het algemeen welbevinden gepaard. Zij breidt zich universeel uit en is gekenmerkt door erythrodermie met conische, folliculaire, gladde of schilferende papels; ook komen er platte lichenpapels voor. Soms werd letaal verloop waargenomen. Op grond der ernstige prognose, acht UNNA het niet onmogelijk, dat een deel der gevallen van HEBRA tot dezen vorm behoorde.

VON DURING noemt de volgende verschilpunten met den lichen planus: initiaal erytheem, het overwegen van den spitsen papelvorm in het beginstadium, de zeer sterke pigmentatie, de ernstige algemeene verschijnselen, eventueel de zware complicaties. Overigens vermeldt VON DURING het voorkomen van overgangsvormen tusschen lichen neuroticus en lichen planus.

NEISSER rekent den lichen neuroticus tot den lichen acuminatus; hij heeft bezwaar tegen den door UNNA gekozen naam, omdat op vele gevallen van lichen planus evenzeer den bijnaam neuroticus van toepassing is.

Het bestaan van dezen lichenvorm wordt niet algemeen erkend.

8. Lichen ruber framboesiformis.

Onder dezen naam is door LIPSCHÜTZ een lichenvorm met papilloomachtige schijven beschreven. Naast deze schijven, die aan een granulatiegezwel herinneren, kwamen lichen planus en lichen verrucosus voor. Het infiltraat bestond voor een zeer groot deel uit plasmacellen.

9. Lichen sclerosus.

Deze zeldzame, reeds aan KAPOSI bekende aandoening, werd het eerst door HALLOPEAU in 1887 uitvoerig beschreven, aanvankelijk onder den naam lichen atrophicus. Volgens BROcq heeft de efflorescentie in het beginstadium een polygonale of afgeronde vorm met glanzend oppervlak, maar zij verschilt van lichen planus, doordat zij weinig verheven en vooral minder rood gekleurd is, de tint is n.l. bleekrose. Op den duur wordt het centrale deel van de papel littekenachtig atrophisch, wit en zakt in, terwijl de rand voortschrijdt. Het oppervlak, dat iets beneden het niveau van de normale huid kan liggen, vertoont in de follikelmonden en zweetporus comedoachtige hoornproppen en als deze uitgevallen zijn kleine kuiltjes. Soms is eene mozaïkachtige tekening (quadrillage) waar te nemen, welke wel met die van chagrijnleer vergeleken is. DARIER wees er op, dat de witte plekken een roodachtigen zoom kunnen hebben.

Soms ontbreekt het „gekleurde” voorstadium van eene efflorescentie. Men noemt deze dan „variété primitive” of primaire lichen sclerosus. Indien zij echter rose begonnen is, dan noemt men haar „variété consécutive” of secundaire lichen sclerosus. In den uitslag kunnen beide variëteiten naast elkaar voorkomen.

BROcq wijst er op, dat men de „variété consécutive” onderscheiden moet van den lichen planus atrophicus, waarbij na genezing der efflorescenties eene littekenachtige atrophie achterblijft. ALEXANDER geeft eene opsomming van ten onrechte als lichen sclerosus beschreven gevallen, die niet anders waren dan lichen met sterke centrale involutie, waaruit blijkt, dat deze waarschuwing niet overbodig is.

De lichen sclerosus komt vooral op de onderarmen voor. Soms is er lineaire rangschikking der papels. Hij kan met jeuk gepaard gaan. Het verloop is zeer chronisch. ALEXANDER nam in zijne gevallen genezing onder littekenvorming waar. Deze was oppervlakkig, want op den duur maakte de littekenachtige atrophie weer plaats voor de normale huidtekening, alleen bleef geringe pigmentverschuiving over. Er zijn gevallen bekend, waarin naast de witte vlekken typische lichenpapels en slijmvlieslichen voorkwamen (HALLOPEAU).

Lichen sclerosus is ook wel lichen morphaeicus genoemd, waar-

mee men de gelijkenis wilde aanduiden met de circumscripte sclerodermie, in het bijzonder met de z.g. kaartpapierachtige sclerodermie, eene aandoening zoo genoemd door UNNA.

De kaartpapierachtige sclerodermie doet zich voor als menigvuldige, scherp omschreven, vaste, oppervlakkig gelegen, witte vlekken, met zeer lichtblauwachtigen rand. Roodachtig gekleurde elementen als bij lichen sclerosus komen nooit voor. De vlekken zijn kleiner dan bij morphaea en liggen iets lager dan het niveau der omgevende huid. De aandoening komt vooral op borst en schouders voor. MENDES DA COSTA heeft haar bij vrouwen ook op de polsen en genitalia waargenomen. De aandoening gaat niet op de diepere huidlagen over. Na genezing blijft er eene huid over, die aan de seniele huidatrophie herinnert.

In 1901 beschreef WESTBERG eene aandoening met witte vlekken, die zich niet bij een bekend ziektebeeld liet onderbrengen. Het microscopisch onderzoek leerde verschillen met de circumscripte sclerodermie kennen. Nog wordt deze aandoening door sommigen als een unicum beschouwd; door anderen wordt zij toch tot de circumscripte sclerodermie gerekend (zie histolog. gedeelte).

De publicatie van WESTBERG was getiteld: Ein Fall von mit weissen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Krankheit. JOHNSTON en SHERWELL beschreven in 1903 een soortgelijk geval als „white-spot disease”.

In 1906 beschreef VON ZUMBUSCH eene aandoening met lichenoides papels, die deels verdwenen, deels wit werden. Zij werd door hem lichen albus genoemd en als eene nieuwe huid-aandoening beschouwd. HALLOPEAU e.a. rekenen den lichen albus tot den lichen sclerosus, RIECKE tot de sclerodermie en BIZZZERO tot een overgangsvorm van lichen tot sclerodermie.

De meeste der gevallen van white-spot disease worden als circumscripte sclerodermie opgevat, een kleiner deel als lichen sclerosus. Er zijn echter gevallen, die zoowel symptomen van den lichen sclerosus als van de circumscripte sclerodermie aanwijzen en ook histologisch op beide aandoeningen lijken. Men weet niet tot welke van beide ziekten zij dan gerekend moeten worden. Deze overgangsvormen worden dan wel lichenoides sclerodermie genoemd. Het aannemen van eene groep lichenoides

sclerodermie wijst op de moeilijkheden bij de differentiale diagnose.

HALLOPEAU legt den nadruk op het voorkomen van comedo-achtige hoornproppen bij lichen sclerosus; volgens ALEXANDER zijn deze voor geene enkele ziekte karakteristiek en kunnen zij bij alle met litteekens verloopende dermatosen voorkomen. Alleen aan de quadrillage kent BIZZOZERO belangrijke diagnostische beteekenis toe. Dit kenmerk komt bij de sclerodermie nooit voor (kan echter ook bij den lichen sclerosus ontbreken). Ook HALLOPEAU, DARIER en RIECKE hechten veel waarde aan dit symptoom. GOUGEROT wijst op den rand van lichen sclerosus, deze is n.l. getand, terwijl de sclerodermieplekken regelmatige randen hebben.

Vrijwel algemeen wordt aangenomen dat de lichen sclerosus een bijzondere lichenvorm is; Engelsche en Amerikaansche dermatologen (GRAHAM LITTLE, FORDYCE) noemen zelfs onmiddellijk na den lichen planus en lichen acuminatus als derde vorm den lichen sclerosus.

FISCHER en HOFFMANN scheiden den lichen sclerosus uit de lichengroep en vatten hem op als sclerodermie, waarmee white-spot disease identiek wordt met circumscripate sclerodermie. FRIEBOES, in zijne Histopathologie, gebruikt deze namen ook als synoniemen. ¹⁾ FISCHER en HOFFMANN voeren voor hunne opvatting aan, dat het ontstaan van lichen sclerosus uit lichen planus niet bekend is en wijzen verder op de klinische en histologische overeenkomst met sclerodermie. BIZZOZERO kent aan hunne histologische argumenten geene waarde toe, omdat zij een oud stadium onderzocht hebben.

Het valt te betreuren, dat juist over een belangrijk feit als de overgang van de planus- in de sclerosuspapel de opgaven uiteenloopen. In tegenstelling met bovengenoemde auteurs toch, vermeldt BIZZOZERO, dat deze overgang klinisch (en ook histolo-

¹⁾ Hieraan mag volledigheidshalve toegevoegd worden, dat FRIEBOES elders (Atlas der Haut- und Geschlechtskrankh.) als lichen albus den toestand van huidverdickening en lichenificatie, zooals deze bij het chronisch scrotaaleczeem voorkomt, aanduidt. Ook op het chronisch eczeem van huid en slijmvlies van de vrouwelijke genitalia, waarbij door verdwijnen van het onderhuidse weefsel een toestand optreedt, die als kraurosis vulvae bekend is, past hij den naam lichen albus toe

gisch) wel bekend is. Ook GOUGEROT schrijft, dat onweerlegbare overgangsgevallen bekend zijn.

Wel is men het eens over de coincidentie van planuspapels en sclerosuspapels.

Tenslotte moet nog vermeld worden, dat KREIBICH een apart standpunt inneemt. Op grond van de waarneming van een geval van white-spot disease, waarbij aan de zichtbare huidafwijking langen tijd jeuk was voorafgegaan, beschouwt hij de white-spot disease als eene witte lichenificatie (neurodermitis alba).

De *histopathologie* van den lichen sclerosus is het eerst door DARIER onderzocht.

Het infiltraat in het corium en de epidermisafwijkingen komen met die bij lichen planus overeen. Echter is bij den lichen sclerosus het infiltraat door eene laag sclerotisch weefsel van de epidermis gescheiden. Aan de sclerose gaat een ontstekingsproces vooraf (ook bij den z.g. primairen lichen sclerosus); in oudere efflorescenties is de ontsteking verdwenen en de littekenachtige laag veel breeder.

In het corium zijn drie lagen te onderscheiden.

1. Eene bovenste laag sclerotisch bindweefsel, waarin weinig cellen; de papillen zijn nagenoeg verdwenen, de elastische vezels zeer dun; de bloedvaten zijn deels verwijd, deels vernauwd.

2. Schotelvormig rond de eerste laag eene infiltraatzone, waarvan de peripherie soms klinisch als een roodachtige rand is waar te nemen.

3. Eene weinig veranderde laag, waarin, rondom haren, zweetkliergangen en vaten infiltraatcellen zijn opgehoopt.

UNNA onderscheidt bij de kaartpapierachtige sclerodermie twee stadia. Aanvankelijk vertoont het corium een ontstekingachtig oedeem. Ter plaatse van het infiltraat verdwijnen de elastische vezels, terwijl de bindweefselvezels dunner worden. Ook de epidermis vertoont afwijkingen: er is atrophie en hyperkeratose. Op het eerste stadium volgt spoedig sclerose = hypertrophie van het collagene weefsel, waarbij alleen aan den rand van de homogene en vaatlooze bindweefselschijf celophooping achterblijft.

BIZZOZERO wijst op de groote overeenkomst van het eindstadium bij lichen sclerosus en kaartpapierachtige sclerodermie. Volgens GANS zijn oude stadia van lichen sclerosus histologisch

niet van circumscripte sclerodermie te onderscheiden. ALEXANDER wijst op het verschillend verloop: bij den lichen sclerosus overwegen de ontstekingsverschijnselen zeer lang, bij de sclerodermie duurt de ontsteking veel korter.

In het geval van WESTBERG ontbrak de ontsteking niet alleen klinisch, doch ook histologisch; wel was er hypertrophie van het collagene weefsel, maar het elastische vezelnet was volkomen intact. Ook in een door RIECKE beschreven geval van white-spot disease was de elastica behouden. Op grond hiervan rekent FISCHER het laatste geval niet tot de sclerodermie, maar acht het verwant aan dat van WESTBERG. Blijkbaar beschouwt hij het behoud van de elastica als een kenmerk van de eigenlijke white-spot disease.

Algemeen wordt de bindweefseldegeneratie sclerose genoemd; slechts MILIAN spreekt van hyalinedegeneratie. Doch men mag volgens RIECKE de afwijkingen van het bindweefsel bij deze aandoeningen niet als gelijkwaardig beschouwen, omdat er kleur- en structuurverschillen zijn. ALEXANDER verwacht van de verdere ontwikkeling der bindweefselpathologie de mogelijkheid om lichen sclerosus, sclerodermie en white-spot disease te scheiden.

Samenvatting. Het is nog niet bewezen dat er een lichen sclerosus bestaat. Vermoedelijk is een deel der zoo genoemde gevallen lichenoïde sclerodermie. Het voorkomen van lichen planus op huid en slijmvlies naast lichen sclerosus maakt het waarschijnlijk, dat de lichengroep een vorm lichen sclerosus omvat. Het aantal bekende gevallen is gering; van verdere waarneming, vooral wat betreft de overgang van lichen planus-papels in die van den lichen sclerosus en van histologisch onderzoek, is de oplossing van dit vraagstuk te verwachten.

HOOFDSTUK III.

Lichenoïde uitslagen.

In dit hoofdstuk worden behandeld:

1. Lichen nitidus.
2. Lichenoïde salvarsandermatitis.
3. Lichen simplex chronicus VIDAL.
4. Lichenoïde uitslagen door metamorphose.

1. Lichen nitidus.

Deze zeldzame ziekte, die het eerst door PINKUS beschreven is, komt bijna uitsluitend bij mannen voor. De uitslag bestaat uit zeer kleine (in een der gevallen 100 op 1 c.M.²) naast elkaar staande, platte, polygonale, glanzende papeltjes van roodgele kleur; BARBER alleen vermeldt confluentie der papels. De gewone localisatie is de penis; weinig komt de aandoening op andere plaatsen voor, zelden is het slijmvlies aangetast. ALEXANDER nam gegeneraliseerde uitbreiding waar. De aandoening jeukt niet en blijft jarenlang onveranderd bestaan. PINKUS rangschikt de ziekte in de lichengroep, omdat de uitslag uit papeltjes bestaat, die niet in andere efflorescentievormen overgaan en vanwege de groote klinische overeenkomst met andere lichenvormen.

Lichen nitidus is samen met lichen planus waargenomen, o.a. door CIVATTE. Op grond van gevallen, waarbij tijdens het manifest worden van inwendige tuberculose eene uitzaaiing van lichen nitidus-papels verscheen en de uitslag met lichen scrofulosorum en scrofuloderma samenging, meent LEWANDOWSKY, dat er mogelijk verband tusschen lichen nitidus en tuberculose bestaat.

zonder dat hij daarbij de uitslag tot de tuberculiden wil rekenen. Tegen de laatste opvatting noemt hij zelf de volgende klinische bezwaren: het jaren lang bestaan zonder voortschrijden of involutie en de localisatie op de penis, waar haematogene huidtuberculose zelden voorkomt. ZINGALE meent, dat de lichen nitidus voor een deel door den tuberkelbacil veroorzaakt wordt, deels eene andere aetiologie heeft.

DARIER rangschikt den lichen nitidus onder de atypische lichenvormen en merkt naar aanleiding van deze ziekte op, dat hij gevallen van lichenoides tuberculiden kent, welke op den handrug voorkwamen en door vorm en kleur der elementen geheel op lichen planus geleken, terwijl zij eene tuberculeuse structuur vertoonden.

Onder lichen haemorrhagicus of lichen flavus verstaat SACHS een uitslag met lichenachtige papeltjes van geel- lichtroode kleur, waarbij in de papels eene haemorrhagie te vinden is. Eerst rekende hij deze aandoening tot de purpura, later identificeerde hij haar met lichen nitidus.

Histopathologie. De epidermis vertoont verdikking van het rete MALPIGHI met parakeratose; het stratum granulosum en het pigment ontbreken. Onder de epidermis komt een infiltraat voor van tuberkelachtigen bouw met veel reuzecellen van LANGHANS.

Het histologisch beeld van den lichen flavus (Sachs) stemt niet met dat van lichen nitidus overeen, doch heeft het karakter van lichen.

2. Lichenoide Salvarsandermatitis.

Wanneer tijdens of na eene gecombineerde antiluetische behandeling en als onmiddellijk gevolg daarvan een uitslag ontstaat, dan doet zich de vraag voor aan welke der gebruikte geneesmiddelen de uitslag is toe te schrijven. Volgens ZIELER en BIRNBAUM is onderscheiding tusschen de kwik- en salvarsandermatitis onmogelijk. ERICH HOFFMANN geeft de volgende verschilpunten aan. De salvarsandermatitis verschijnt bij voorkeur op de strekzijde der extremiteiten, het kwikexantheem op de buigzijde. Bij de salvarsandermatitis komt dikwijls vroegtijdig een brandend pijnlijk erytheem aan de handpalmen en voetzoolen voor, zooals dat voor arseenuitslagen kenmerkend is. Bovendien heeft de salvar-

sandermatitis een meer nat karakter met afscheiding van veel, opvallend geel serum. STÜHMER acht deze kenmerken onvoldoende. Hij wijst op door HÜBNER beschreven gevallen van kwik- en salvarsandermatitis, die volkomen hetzelfde klinische beeld vertoonden. JADASSOHN beschouwt de neiging tot complicatie met sterke pyodermie als een bijzonder kenmerk van de salvarsandermatitis. Volgens STÜHMER is de salvarsandermatitis dikwijls op de praedilectieplaatsen van de seborrhoe gelocaliseerd. RIECKE acht het gewaagd naar de localisatie der huidveranderingen eene differentiaaldiagnose tusschen de beide artsenuitslagen te maken. Hij hecht vooral betekenis aan de donkere kleur van het salvarsanexantheem, de duidelijke hyperkeratose en het dikwijls voorkomen van lichenoid elementen.

Heeft de dermatitis een lichenoid karakter, dan wordt zij altijd aan het salvarsan toegeschreven. Nu de combinatie, salvarsan met bismuth zooveel toepassing vindt, is volgende waarneming van belang. NICOLAS, GATÉ en LEBEUF zagen bij een patiënt, na toediening van salvarsan een scarlatina-achtigen en later, na bismuth een lichenoiden uitslag ontstaan.

Verschillende arsenobenzolen zijn in staat lichenoid uitslagen op te wekken: neosalvarsan, natriumsalvarsan, zilver- en neozilversalvarsan, arspheamin, sulfarsenol, galyl en stovarsol.

De eerste mededeeling over lichen ruber-achtige salvarsanexanthemen is in 1921 door BUSCHKE en FREYMANN gedaan. In twee gevallen zagen zij eene opvallende gelijkenis met lichen ruber, vooral met den verruceusen vorm. Uit het histologisch onderzoek besluiten zij in een der gevallen tot volkomen overeenstemming met lichen ruber, althans waren er geene veranderingen, die lichen ruber konden uitsluiten; in het andere geval werd eene dermatitis met geringe aanduiding van voor lichen ruber kenmerkende veranderingen gevonden. De onderscheiding van lichen ruber viel hun niet gemakkelijk; toch meenen zij, deels op histologische, maar vooral op duidelijke klinische verschillen tot de diagnose lichen ruber-achtig salvarsanexantheem te moeten besluiten. Het ontbreken van dellevorming in de papels, het vrijblijven, resp. minder aangetast zijn van sommige praedilectieplaatsen, de afwezigheid van jeuk en stoornis in het algemeen welbevinden, waar het exantheem acuut ontstond en groote uitbreiding vertoonde, worden onder meer als belangrijke af-

wijkingen van lichen ruber aangemerkt. In het kort vermelden zij een derde geval, waarin eene jeukende en natte dermatitis van ernstigen aard aan het optreden van lichenpapels was vooraf gegaan.

De publicatie van BUSCHKE en FREYMANN werd spoedig door meer gevolgd. Behalve op lichen planus en lichen verrucosus gelijkende gevallen, werden er meegedeeld, waarin ook spitse papels voorkwamen (RIECKE, FREI en TACHAU). In enkele gevallen gingen leverstoornissen met den uitslag gepaard (BUSCHKE en FREYMANN, FREI en TACHAU), KELLER vermeldt een geval analoog aan het laatste van BUSCHKE en FREYMANN, waarin eerst eene dermatitis verscheen, later een typische lichen van huid en slijmvlies.

Een bijzonder geval is door PAUTRIER meegedeeld. Na een gecombineerde neosalvarsan-kwikkuur ontstond eene dermatitis exfoliativa. Het was niet mogelijk uit te maken door welk der middelen deze veroorzaakt was. Later werd op grond van opvolgende pigmentatie met verruceuse veranderingen het salvarsan beschuldigd. Op de dermatitis volgde een gegeneraliseerde lichen planus circinatus, waarbij ook blazen voorkwamen. Nog tijdens de exfoliatieve erythrodermie waren de eerste papels verschenen. In een door HUDELO, KOURILSKY en LAPORTE waargenomen geval, ontstond, terwijl nog resten van een maculeus luetisch exantheem aanwezig waren, een uitslag van typische lichenpapels. Evenwel week het histologisch beeld van lichen af. Na korten tijd trad een erytheem op, waarin de papels niet meer te herkennen waren. In een geval van WIRZ gingen de papels in eene exfoliatieve dermatitis over.

Naast gevallen als bovengenoemde, waarin een lichenachtig exantheem door een anderen uitslag vooraf gegaan of gevolgd werd, zijn er uitslagen waargenomen, waarin lichenoïde papels met andere efflorescenties gemengd voorkomen. Zoo zijn combinaties der lichenoïde papels met huidveranderingen bekend, die aan pityriasis rosea, eczeem, dermatitis, urticaria, dyshidrosis en erythema exsudativum multiforme deden denken, alsmede lichenoïde uitslagen met leucoplakieachtige veranderingen op het mond-slijmvlies. Omgekeerd kunnen ook lichen ruber-achtige aandoeningen van het mondslijmvlies met andere salvarsan-afwijkingen op de huid gepaard gaan, zoo met dermatitis exfolia-

tiva in het geval van SCHAEFER. Niet ten onrechte, (althans voor een deel dezer polymorphe uitslagen) merkt WIRZ op, dat de benaming „lichenoide” eenzijdig is. Volgens dezen schrijver is het grootste deel der lichenoide salvarsandermatitiden in deze groep onder te brengen.

Een bijzonder geval is door FREUND meegedeeld; hij zag bij een patiënt met salvarsanlichen de aandoening in een lichen bullosus overgaan; ook op het slijmvlies van pharynx en oesophagus kwamen blazen voor.

Uitslagen, zoowel op het slijmvlies als op de huid, die klinisch noch histologisch van idiopathischen lichen ruber te onderscheiden zijn, worden door ALBERT primaire lichenoid exanthemen genoemd. Onder secundaire vormen verstaat hij dan die, welke zich uit eene voorafgaande dermatitis of ontstekingsachtige verschijnselen ontwikkelen. Met de primaire vormen wordt het lichenvraagstuk een interessant hoofdstuk rijker. Want de combinatie lues met lichen was bekend, voordat het salvarsan zijn intree in de luesbehandeling had gedaan. Het kon daarom wel niet uitblijven, dat er een strijd zou ontstaan over de vraag, of de lues samengaat met lichen, dan wel met een lichenoiden uitslag door salvarsan verwekt. WIRZ is een overtuigd voorstander der eerste opvatting. De meeste gevallen, waarin polymorphie en overgang van de eene efflorescentievorm in de andere ontbreken, beschouwt hij als echte lichen ruber.

WIRZ wijst op de beteekenis, die door sommigen aan een slechten lichamelijken en psychischen toestand voor het ontstaan van lichen ruber wordt toegekend. Waar lues vaak met psychische en lichamelijke stoornissen gepaard gaat, meent hij, dat deze ziekte het terrein voor den lichen effent. Ook acht hij de mogelijkheid van provocatie van een latenten lichen door salvarsan niet onwaarschijnlijk. Hij herinnert dan aan den invloed van salvarsan op latente stadia van infectieziekten o.a. malaria, terwijl RIECKE voor deze opvatting aanvoert, dat arsenicum bij lichen ruber in het begin der behandeling de reactie van JARISCH-HERXHEIMER kan opwekken.

Als differentiaal-diagnostisch hulpmiddel is door WIRZ nog volgende proef vermeld. Een pseudolichenpapel laat zich bij druk met eene glasstaaf geleidelijk plat drukken en gaat dan volkomen glad in het niveau van de aangrenzende normale huid over. Bij

eene echte lichenpapier blijft tusschen papier en omgeving eene smalle groeve. De druk op de pseudolichenpapier, die vooral een exsudatief karakter heeft, doet het oedeem verdwijnen, waarbij de perivasculaire infiltraten de ruimte der wijde, nu ontledigde vaten innemen. Het breede, vlak op de subpapillaire laag rustende infiltraat van de lichenpapier neemt bij druk de omgevende huid mee de diepte in, waardoor de groefvormige inzinking blijft. Is de verklaring juist, dan is deze proef voor salvarsanuitslagen met voor lichen typischen bouw niet bruikbaar.

Van de lichenoides salvarsandermatitis wordt vermeld, dat zij zeer acuut ontstaat en ook dat zij na een kort stadium van bloei spoedig kan verdwijnen. Aan het eerste symptoon kent RIECKE weinig waarde toe, omdat het eveneens bij lichen kan voorkomen, het laatste vindt hij voor lichen wel zeer ongewoon. In een geval van KLEEBERG, vermeld bij FREI en TACHAU, gingen ook de veranderingen van het slijmvlies snel terug; bij lichen is deze localisatie juist door groote hardnekkigheid gekenmerkt. Aan het feit, dat de lichenoides salvarsandermatitis niet verbeterd door arsenicum, voegt RIECKE toe, dat dit middel ook bij lichen niet altijd gunstig werkt. Ook aan kleine vormafwijkingen van het exantheem hecht hij weinig beteekenis. Wel zeer verdacht voor salvarsanexantheem zijn volgens RIECKE de gevallen met spinuleuse verhoorning en folliculair begin, daar dit symptoon vroeger of later bij de meeste salvarsanuitslagen aanwezig is. Tenslotte merkt hij op, dat geringe afwijkingen in het verloop niet in staat zijn om aan de morphologisch vaststaande overeenstemming met echten lichen ruber twijfel op te wekken.

Tegenstanders van de opvatting van WIRZ wijzen er op, dat het onwaarschijnlijk is, dat er plotseling zoo veel meer gevallen van lichen bij manifeste lues zouden voorkomen dan voorheen. WIRZ wil dit feit psychologisch verklaren; alleen omdat er nu eenmaal de aandacht op gevestigd is, zouden er meer gevallen gepubliceerd worden. FREI en TACHAU hebben de literatuur van voor 1910 nagegaan en vonden daarin maar enkele samengaan- de uitslagen, zoodat zij meenen, dat de vermeerdering der lichenachtige uitslagen bij luespatiënten wel aan de salvarsanbehandeling is toe te schrijven. Van veel belang achten FREI en TACHAU de gevallen, waarin een lichenachtig exantheem met eene salvarsandermatitis samengaat, want deze maken het waarschijnlijk, dat

ook de zonder dermatitis verloopende gevallen directe gevolgen der salvarsanbehandeling zijn.

FREI en TACHAU stellen nog de vraag of de lichen ruber, welke op de lichenoidale salvarsandermatitis en op de eveneens toxische veroorzaakte „Kriegsdermatose” volgens RIEHL gelijk, eveneens eene autotoxische dermatose zou zijn. Zij beantwoorden deze vraag ontkennend en meenen voorloopig nog aan de parasitaire theorie te moeten vasthouden. JADASSOHN, die dezelfde meening is toegedaan, besluit eene opmerking bij eene publicatie van FREI en TACHAU aldus: „Nur scheint mir schon jetzt er-
„wiesen, dasz klinisch und histologisch lichenartige Exantheme,
„die wir bisher für „idiopathischen” Lichen ruber, mit oder selbst
„ohne Atypien gehalten hatten, mit und ohne andere Zeichen von
„Salvarsanschädigung als idiosynkrasische Folge der Salvarsanzu-
„führ auftreten können.”

BUSCHKE en SKLARZ meenen, vooral op grond van het voorkomen van de op lichen gelijkende salvarsandermatitis, dat de lichen niet meer als specifieke dermatose opgevat kan worden, doch eene huidreactie is, die bij eene bepaalde constitutie door verschillende prikkels kan ontstaan. Principieel behooren lichen ruber door salvarsanbehandeling, lichen ruber-achtige salvarsandermatitis en lichenoidale syphiliden volgens deze schrijvers in eene zelfde groep.

Tenslotte nog de vraag, welke de oorzaak is van de lichenoidale salvarsandermatitis. Verschillende schrijvers zijn getroffen door het feit, dat deze exanthemen eerst in de laatste jaren en wel in eene betrekkelijk korte tijdsruimte waargenomen zijn, zooals dat ook met den salvarsanicterus plaats vond. Evenals voor het ontstaan van den icterus is voor dat van den salvarsanlichen het vermoeden geuit, dat het met minderwaardige salvarsanpreparaten zou samenhangen. STÜHMER schrijft alle bijwerkingen van het salvarsan en daarmee ook alle huidverschijnselen met uitzondering van de reactie van JARISCH—HERXHEIMER toe aan oxydatieprocessen, die bij de fabricatie en oplossing van het salvarsan en verder in het lichaam plaats vinden. Hij neemt eene overgevoeligheid voor eene verbinding der salvarsanoxyden met serum-eiweit aan.

BUSCHKE en FREIMANN wijzen op de verschillen tusschen de lichenoidale salvarsandermatitis en arsenicumtoxidermie en leggen

vooral nadruk op het feit, dat uitgebreide lichenoidе uitslagen na arsenicum niet bekend zijn. Toch zijn zij overtuigd, dat de lichenoidе dermatitis als nevenwerking van het arsenicum is op te vatten. Zij halen daartoe BROOK en ROBERTS aan; deze Engelsche schrijvers namen bij eene massavergiftiging door arsenikhoudend bier naast andere ook op lichen ruber gelijkende efflorescenties waar. Hun tweede argument is aan de homopathie ontleend; zij wijzen op de specifieke werking van arsenicum op lichen. Ook anderen beschouwen het arsenicum als oorzaak van het lichenoidе exantheem. Als argument wordt dan aangevoerd, dat dit exantheem soms met andere symptomen van de Astoxidermie, zooals hyperkeratose van handpalm en voetzool, pigmentatie, stomatitis en conjunctivitis gepaard gaat. Nog moet toegevoegd worden, dat het ontstaan van lichen na arsenikmedicatie wel is waargenomen. Zoo zag MAERZ na toediening van sol. kali arsenicosi aan een psoriasispatiënt lichen ruber planus et acuminatus ontstaan en ROTTMANN beschrijft het ontstaan van lichen planus cutis et mucosae in aansluiting aan eene kuur met arsenikhoudend water.

WIRZ is er niet van overtuigd, dat de As-component van het salvarsan de lichenoidе dermatitis veroorzaakt en wel omdat het arsenicum zoo buitengewoon zelden lichenoidе uitslagen geeft. De ontstekingsachtige verschijnselen bij de lichenoidе salvarsandermatitis doen hem denken aan eene toxische werking van het organische complex uit het salvarsan, dat vlg. hem ook algemeen voor de andere vormen van salvarsandermatitis verantwoordelijk gesteld wordt. In eene andere publicatie van hetzelfde jaar (1922) oppert hij de veronderstelling, dat mogelijk de combinatie van twee toxische componenten, n.l. het arsenik en het organische complex den lichenoiden uitslag veroorzaakt. In 1925 schrijft WIRZ, dat de salvarsantoxicosen door verschillen in uitwendigen vorm, tijd van optreden, graad en beïnvloedbaarheid door medicamenten als adrenaline, afenil en natriumthiosulfaat, schijnen te bewijzen, dat de ontleding van het salvarsan niet steeds op dezelfde manier plaats vindt. Hij acht de vorming van verschillende toxische afbraakproducten uit het salvarsan waarschijnlijk; hiermede zouden dan de polymorphie en de wisseling der efflorescenties bij salvarsanuitslagen verklaard kunnen worden. Daarnaast sluit hij een invloed van dispositioneele factoren niet uit.

FREI en TACHAU, die de mogelijkheid van het bestaan van eene overgevoeligheid voor salvarsanbestanddeelen niet ontkennen, meenen dat de aanwezigheid van urticarieele en aan erythema exsudativum multiforme herinnerende verschijnselen bij het lichenoid exantheem niet noodzakelijk aan de organische bestanddeelen van het salvarsan zijn toe te schrijven, daar ook urticarieele exanthenen met pigmentatie kunnen genezen en de laatstgenoemde verschijnselen bij zuivere arsenik-intoxicatie waargenomen zijn.

Ten slotte mag hier nog gewezen worden op eene mededeeling van DOMBROWSKI. Hij zag na toediening van thallium, welk middel tegenwoordig veel voor epilatie aangewend wordt, lichen ruber planus ontstaan. Omdat deze stof zijn aangrijpingspunt in het vegetatieve zenuwstelsel zou hebben en de sympathicus volgens GOUIN in de aetiologie van den lichen een hoofdrol speelt, neemt DOMBROWSKI het thallium als verwekker van den lichen aan.

3. Lichen simplex chronicus VIDAL

(neurodermitis circumscripta chronica BROCC-JACQUET, primaire lichenificatie).

Klinisch beeld.

Het ziektebeeld is door VIDAL aldus beschreven. Door confluentie van papels vormt zich eene papelvlakte met scherp begrensden rand en ruw oppervlak, dat met fijne schilfers en korstjes bedekt is. De huid is daarbij verdikt en hard. Een groot aantal elkaar kruisende huidgroefjes doet eene gearceerde teekening ontstaan. Alleen in de omgeving der plaque zijn nog papels te herkennen.

De nauwkeurigste beschrijving danken wij aan BROCC. Hij onderscheidt drie stadia van ontwikkeling, die slechts zelden alle tegelijk in één geval aanwezig zijn. In een compleet geval vindt men de drie stadia als concentrische zones.

a. Het jongste stadium is de buitenste zone, waarin als gevolg van de beginnende hypertrophie der papillen, de huidgroefjes duidelijker zijn dan normaal. Eene teekening van kleine drie-, vier- en veelhoeken ontstaat, doordat twee of meer systemen van

evenwijdig verloopende groeven elkander kruisen. Bij nauwkeurige beschouwing blijkt de geheele zone een groot aantal kleine papillaire verhevenheden te vertoonen, die geen verband met de follikels houden. De huid is geelbruin gepigmenteerd, doch hier en daar ongelijkmatig. Er is eene geringe infiltratie, die niet door palpatie waarneembaar is. Soms is er schilfering aanwezig; deze wordt door krabben duidelijker. De schilfers hechten zeer vast. Zoowel naar buiten als naar binnen is de zone onregelmatig en weinig scherp begrensd. Zij ontbreekt vaak (zone externe pigmentée ou zone d'hypertrophie papillaire commençante).

b. Het tweede stadium, dat eveneens kan ontbreken, doch ook zonder de beide andere kan voorkomen, vormt in een compleet geval de middelste zone en bestaat uit ongeveer speldeknopgrootte papeltjes. Zij staan verspreid of in groepen. De vorm der papels is onregelmatig. Meestal zijn zij min of meer rond, vaak plat en glanzend, ook wel spits. Obtuse papels bij neurodermitis zijn door BUELER beschreven. Platte en glanzende papels gelijken op de efflorescenties van den lichen ruber planus, doch ontbreekt de eigenaardige kleur en de scherpe omtrek der lichenpapels. De kleur is n.l. bleek-rose of bruinachtig grijs en donkerder dan die der eerste zone. Er zijn ook grootere, roode papels tusschen deze verspreid, die met eene schilfer of excoriatie bedekt kunnen zijn. (zone moyenne papuleuse ou zone de transition).

c. Het hoogste ontwikkelingsstadium van den lichen simplex chronicus VIDAL ontstaat door het samenvloeien der papels tot eene groote geïnfilteerde „plaque”. Deze kan scherp begrensd zijn, doch als ook de beide eerstgenoemde zones aanwezig zijn, geleidelijk in de normale huid overgaan. Soms is het centrum, soms de peripherie het meest geïnfilteerd. Zeer opvallend zijn de diepe huidgroeven, die min of meer regelmatig door de plaque verlopen, meestal als een systeem van twee of meer series van evenwijdige lijnen, die elkander kruisen, waardoor eene teekening van drie-, vier- of veelhoekjes ontstaat. In den regel is deze teekening weinig regelmatig. Hoe meer de huid verdikt is des te grooter is het oppervlak der vakjes, waarvan de omtrek begrensd wordt door zijden, die een tot vijf à zes m.M. lang zijn. Wordt de infiltratie zeer sterk, dan kan deze teekening gedeeltelijk verdwijnen. De plaque kan bedekt zijn met vastzittende schilfers en als gevolg van het krabben met korstjes, waardoor de oppervlakte

zeer oneffen kan zijn. Dit is nogal eens het geval bij localisatie op pols en onderarmen. Op plaatsen van sterke zweetsecretie daarentegen is het oppervlak glad. Door kleurverschillen, onregelmatige pigmentatie en schilfering, en partieele genezing, kan het uiterlijk op verschillende deelen van eenzelfde „plaque” zeer ongelijk zijn. De kleur is bleekrose tot donkerrood en loopt in verschillende gevallen nogal uiteen. Zij hangt vooral van den ouderdom der aandoening af; meestal is er des te meer pigmentatie naarmate zij langer bestaat. Gewoonlijk is de kleur in het centrum van jonge, niet schilferende plaques bleekrose met bruine bijtint en als de plaque met schilfers bedekt is wit-grijsachtig (zone interne ou zone d'infiltration).

De vorm van de „plaque” is rond, ovaal, of hoekig, zelden geheel onregelmatig. De ligging is soms symmetrisch. Eene enkele maal wordt een vorm aangetroffen, die herinnert aan het gebied van eene periphere zenuw of aan de lijnen van VOIGT. De grootte is zeer verschillend; de grootste afmeting van een „plaque” kan vijftien c.M. zijn. De plaatsen van voorkeur zijn de nek, de liezen, de begrenzing der uitwendige geslachtsorganen, de bilplooï, de polsen en de buigzijden der onderarmen, de oksels en knieholten, de lendestreek en de schedelhuid. Op de handpalmen en de voet-zoolen heeft de aandoening een bijzonder karakter, n.l. dat van sterke verhoorning (keratodermie).

Als bijzonder kenmerkend voor de aandoening worden opgegeven het droge karakter en het voorafgaan der jeuk. Zelden is de jeuk aanhoudend, meestal in aanvallen intermittant. Door JADASSOHN e.a. evenwel zijn gevallen meegedeeld, waarin de jeuk geheel ontbreekt. Als de aandoening geneest, verdwijnt ook de jeuk. Soms is daarbij de resorptie ongelijkmatig, waardoor de „plaque” weer in geïsoleerd staande papels wordt opgelost.

Ondanks het vele krabben treedt betrekkelijk zelden besmetting met pyogene microorganismen op. Menigvuldiger is de verwikkeling met eczematisatie. Wegens de gelijkenis met den lichen planus noemt BROcq den lichen VIDAL ook lichenificatie.

Als lichenificatie van het slijmvlies vermeldt BROcq de van leucoplakie te onderscheiden „*états blanchâtres et desquamatifs*” die in het bijzonder op de vulva voorkomen. DIND heeft in één geval van lichen VIDAL eene leucoplakieachtige streep op het

mondslijmvlies waargenomen. Ook in een geval van ERICH HOFFMANN was het slijmvlies mee aangetast (lippenrood en oogbindvlies). Overigens wordt algemeen aangenomen, dat bij lichen VIDAL het slijmvlies vrij blijft.

Het verloop der aandoening is buitengewoon chronisch, maanden tot vele jaren; er bestaat eene sterke neiging tot recidiveeren. Hier mag opgemerkt worden, dat HERXHEIMER eene neurodermitis acuta beschreven heeft, die in enkele weken spontaan geneest. Volgens ALEXANDER is deze vorm lang niet zeldzaam.

HERXHEIMER vermeldt, dat hij in een tweetal gevallen van lichen simplex chronicus VIDAL overgang in dermatitis exfoliativa heeft waargenomen.

Tegenwoordig neemt men ook het bestaan van diffuse chronische neurodermitis aan. De lichen VIDAL van den generaliseerden vorm is minder frequent dan in den circumscripten. De aandoening komt meer bij vrouwen dan bij mannen voor, vooral op jeugdigen leeftijd. Ook bij den diffusen vorm is het eerste symptoom jeuk, afwisselend of aanhoudend, vaak op symmetrische plaatsen, zelden over het geheele lichaam. De plaatsen van voorkeur zijn de onderarmen en de bovenbenen en de bovenheft van den romp; zelden de handen en voeten, en het gelaat. In het beginstadium worden weer platte, glanzende, speldeknopgrootte en kleinere papeltjes aangetroffen, die van de lichen ruber papels verschillen in kleur en door minder scherpe grens. Krabben veroorzaakt geen vochtscheiding. De papels nemen in aantal toe en conflueeren. Het oppervlak van de huid wordt ruw en gechagrineerd; ook hier ontstaat door de kruisende huidgroeven de kenmerkende huidteekening. In den regel is de teekening bij den diffusen vorm minder duidelijk dan bij den circumscripten: de groeven zijn oppervlakkig en verlopen dicht bij elkaar. Is de zieke huid door sterke infiltratie belangrijk verdikt, dan zijn de groeven diep en is hunne onderlinge afstand grooter.

Soms bestaat de uitslag uit vele kleine plekken, waarbij de tusschenliggende deelen van de huid veel minder veranderd of normaal zijn, of er komen enkele scherp begrensde, grootere velden voor. In eenzelfde geval kan men belangrijke quantitatieve verschillen vinden, waardoor het lijkt of een circumscripte vorm samengaat met een diffusen.

Het verloop is minder chronisch dan bij den circumscripten

vorm. Na enkele weken of maanden houdt de jeuk op en gaat de uitslag verdwijnen.

Nog moet vermeld worden, dat volgens KREIBICH de efflorescentie bij den gedissemineerden en gegeneraliseerden vorm overwegend folliculair is. Als neurodermitis follicularis acuminata is onlangs door GERTRUD WOLFF een geval beschreven, waarin op romp, armen en beenen spitse papels voorkwamen.

De beschrijving, die EHRMANN van het klinisch beeld heeft opgesteld, verschilt van die van BROCC. Voor EHRMANN zijn n.l. eczema nummulare, eczéma en plaques, neurodermitis circumscripta, eczematizatie en lichenificatie synoniemen voor dezelfde ziekte. Hij onderscheidt drie stadia, waarvan de eerste twee minder algemeen bekend zouden zijn:

1. Stadium van de erythemateuse phase (neurodermitis rubra KREIBICH). Dit stadium, dat een vluchtig karakter heeft, is gekenmerkt door muntgrootte, licht verheven, scherp begrensde, roode plekken. Soms zijn deze als netelroosbulten verheven, met wat blauwachtige tint. Zij doen dan aan erythema multiforme denken. Dit stadium wordt vooral op hals en gelaat waargenomen, doch komt ook op andere plaatsen voor.

2. Stadium van de eczematoïde phase. Ook deze blijft maar korten tijd bestaan. De status punctatus verdwijnt en gaat over in

3. Stadium der lichenoid phase, waarin op lichen planus gelijkende papels voorkomen. Soms zijn deze mosaïkachtige papelgroepen scherp begrensd, soms komen in de omgeving verspreide papels voor. Het oppervlak is niet nat. De aandoening kan centraal genezen en peripheer voortschrijden. Genezing gaat met hyperpigmentatie gepaard, na centrale involutie treedt dikwijls depigmentatie op. EHRMANN zag dikwijls als de neurodermitis lang bestond, grijsbruine, wratachtige vormsels verschijnen, die enkele centimeters hoog kunnen worden; in het bijzonder kwamen deze op de onderbenen voor.

Over de opvatting van EHRMANN mag opgemerkt worden, dat de lichenoid phase op lichen VIDAL lijkt. Het voorafgaan der andere stadia is een belangrijk verschil met BROCC's voorstelling over het beloop. M.i. meent RIECKE terecht, dat de door EHRMANN beschreven ontstaanswijze den lichen VIDAL uitsluit en veeleer wijst in de richting der secundaire lichenificatie.

Aetiologie. Hoewel BROCQ den lichen VIDAL rangschikt in de groep huidreacties, waaronder hij dermatosen verstaat, wier oorzaak onbekend is, somt hij toch verschillende factoren op, waaraan hij groote beteekenis voor het ontstaan toekent. Zoo vond hij bij de ouders der patiënten vaak eene arthritische diathese, nervositas en alcoholmisbruik. Het meest komt de aandoening te voorschijn tusschen het 20ste en 50ste jaar, opvallend dikwijls bij menschen met zittende leefwijze. Ook werd opgemerkt, dat een deel der patiënten een overmatig gebruik maakte van alcohol, koffie en thee; daarnaast kent BROCQ invloed toe aan „surmenage intellectuel”, sterke emoties en trauma. In de anamnese vond hij herhaaldelijk vermeld, dat waren voorafgegaan: chronische bronchitis, emphyseem, des accès pseudo-asthmiques, rheuma, furunculosis, leucorrhoe, haemorrhoiden, diabetes, autointoxicaties (nephritis). Maar bovenal deze ziekten overheerscht eene sterke nervositas, die BROCQ aldus omschrijft: de patiënten zijn zeer vatbaar voor indrukken: er komen door de minste oorzaken woedeaanvallen voor, ook huilbuien; zij zijn mélancholisch gestemd: soms bestaat er eene echte neurose, gevoel van hysterische globus, hemianaesthesie, hysteroepileptische toevallen. Vrij dikwijls komt alterneeren der verschijnselen, vooral der neuralgien en neurosen, met de huidafwijking voor.

Leggen BROCQ en andere Fransche dermatologen vooral den nadruk op de beteekenis van het nerveuse temperament van den patiënt voor het ontstaan van de neurodermitis, EHRMANN wijst op twee andere factoren:

1. stoornissen in de spijsvertering. Zeer frequent vond EHRMANN bij neurodermitispatiënten anaciditeit, hypoaciditeit van den maaginhoud, pancreasstoornissen, colitis.

2. stoornissen in de interne secretie, vooral veranderingen in de functie van glandula thyreoidea, ovarium en pancreas.

Bij deze aandoeningen ontstaan abnormale afbraakproducten van eiwitten of er is een teveel of tekort aan bepaalde hormonen. EHRMANN stelt zich voor, dat door ophooping van toxische stoffen in de huid eene „Bereitschaft” ontstaat, waardoor uitwendige prikkels, die door normale menschen verdragen worden zonder dat huidveranderingen ontstaan, bij deze patiënten de neurodermitis te voorschijn roepen. Dat deze prikkels daarbij als „auslösende Ursache” werkzaam zijn, zou bewezen worden door

de voorkeur voor die plaatsen op de huid, welke gewoonlijk aan eene lichte wrijving blootgesteld zijn. Ook zijn de in de huid opgehoopte toxinen aansprakelijk voor den jeuk, die zoo lang aan de karakteristieke huidafwijking voorafgaat, alsmede voor de urticaria factitia, die volgens EHRMANN heel vaak bij lijders aan neurodermitis voorkomen. (Volgens NEISSER evenwel ontbreken de urticarieele verschijnselen geheel). RIECKE merkt op de theorie van EHRMANN aan, dat het samengaan der genoemde afwijkingen met neurodermitis niet bewijst, dat er een causaal verband bestaat. Hij meent, dat in ieder geval niet uitgesloten is, dat de orgaanafwijkingen via het zenuwstelsel de huidafwijkingen kunnen opwekken. Ook EHRMANN zelf heeft in eene latere publicatie meegedeeld, dat het aangrijpingspunt in den sympathicus gelegen kan zijn, waarvoor zou pleiten het samengaan van neurodermitis en pancreasstoornissen met hypersecretie der speekselklieren, welk proces van den sympathicus afhangt.

PUSELJ (vermeld bij WISE) meent, dat vele gevallen op overgevoeligheid voor bepaalde stoffen berusten.

JADASSOHN tenslotte houdt eene parasitaire oorzaak niet uitgesloten; de soms waargenomen centrale genezing en de uitzaaiing van haardjes in de omgeving zouden er voor pleiten.

Samenvatting: De oorzaak van de neurodermitis chronica is onbekend. Het valt te betwijfelen of aan de door BROcq opgesomde factoren zooveel waarde toegekend moet worden als hij doet voorkomen. JADASSOHN, DIND en WISE vermelden, dat de coincidentie met neurasthenie in hun gevallen veel geringer is dan BROcq bij zijne patiënten aantrof. WISE heeft er in het bijzonder op gelet of er zoo'n nauw verband tusschen de aandoening en een abnormaal gebruik van koffie, thee en tabak bestaat, zooals ook nu nog van Fransche zijde wordt aangenomen (PARAT), en ook door ERICH HOFFMANN wel mogelijk wordt geacht; het onderzoek heeft dit verband niet bevestigd.

Hoewel EHRMANN'S opvatting van den lichen VIDAL van de gangbare afwijkt, heb ik zijne meening over de aetiologie toch vermeld, omdat zij berust op de nauwkeurige bewerking van een groot materiaal en ALEXANDER, die ook tegenover de klinische definitie van EHRMANN eene afwijzende houding aanneemt, toch aan diens aetiologische beschouwingen meer waarde toekent dan aan die van BROcq.

Theorie der lichenificatie.

Als zoodanig is de opvatting bekend, die BROcq over het ontstaan van den lichen VIDAL heeft. In de „Cliniques dermatologiques” van 1924 herhaalt hij zijne eerste les over dit onderwerp (1891) en voegt er aan toe, dat zijne opvatting sindsdien niet veranderd is.

Door herhaald inwerken van trauma op de huid, b.v. krabben, wrijven met kleeren, kan eene chronische ontsteking ontstaan: de huid wordt dikker en harder, de opperhuidsveldjes worden grooter en groepeeren zich tot onregelmatige en ongelijke papeltjes, waarbij de huidgroeven dieper worden en de huidteekening een netwerk met min of meer groote en onregelmatige mazen wordt. Dit proces door BROcq lichenificatie genoemd, treedt sneller en krachtiger op, indien het trauma eene zieke huid treft. Echter het trauma alleen is onvoldoende. Want niet bij elken patiënt met eene jeukende huidziekte heeft krabben lichenificatie tengevolge en daarom neemt BROcq eene individueele praedispositie aan. Daarnaast is ook de aard der ziekte, die den jeuk veroorzaakt van belang: terwijl bij sommige jeukende huidziekten heel gemakkelijk lichenificatie optreedt, schijnt bij andere de weerstand normaal, ja zelfs verhoogd te zijn. BROcq meent daarom, dat de lichenificatie bij zeer verschillende huidziekten te verwachten is en dat zij niet het pathognomonische verschijnsel van eene bepaalde ziekte kan zijn.

Het zuiverste beeld ontstaat in die gevallen, waar jeuk zonder zichtbare huidafwijking voorkomt. BROcq spreekt dan van primaire lichenificatie in tegenstelling met die gevallen, waarin de lichenificatie zich bij eene reeds bestaande dermatose voegt: secundaire lichenificatie. Omdat bij de primaire lichenificatie de zichtbare huidafwijking secundair is aan den jeuk, heeft BROcq dezen vorm later zuivere lichenificatie genoemd.

Zoowel de primaire als de secundaire lichenificatie wordt in een circumscripten en een diffusen vorm onderverdeeld.

Volgens BROcq en JACQUET nu is de circumscripte vorm der primaire lichenificatie identiek met de aandoening, die door VIDAL als lichen simplex chronicus, door oudere auteurs als lichen circumscriptus beschreven is.

Historisch komt volgens BROcq aan de primaire lichenificatie de naam lichen toe en zou hij deze eigenlijk willen behouden met

de toevoeging simplex tegenover den lichen planus, omdat de lichenificatie reeds als lichen werd aangeduid, voordat WILSON den lichen planus beschreef. Bij den tegenwoordigen stand van de dermatologische nomenclatuur meent BROcq, dat men de ziekte den naam lichen niet kan laten behouden, daar de aandoening niet ondergebracht kan worden bij „les affections primitivement et d'emblée papuleuses”; de primaire lichenificatie toch is volgens BROcq niet anders dan een circumscripte pruritus, die zich langzamerhand met lichenificatie compliceert. Ter voorkoming van grootere verwarring hebben BROcq en JAQUET de primaire lichenificatie genoemd: neurodermitis circumscripta chronica. Onder prurigineuse dermatoneurosen verstaat BROcq al die ziekten, waarbij de jeuk eene overwegende rol speelt en de oorzaak in een bijzonderen toestand van het zenuwstelsel is gelegen. Al naar den aard der huidreactie onderscheidt hij dan twee groepen:

a. neurodermie, als de huidreactie van weinig beteekenis is; het prototype dezer groep is de pruritus senilis;

b. neurodermitis, wanneer er duidelijk objectieve huidveranderingen aanwezig zijn, waarbij de eruptievorm dan een bijzonder karakter kan hebben, zooals bij de lichens en prurigo HEBRA, of waarbij dit niet het geval is, zooals zij de prurigos diathésiques.

In de Pratique dermatologique merkt BROcq zelf op, dat de naam neurodermitis eigenlijk te veel zegt. Hij bedoelt niet met dezen naam, dat er aan het periphere of centrale zenuwstelsel eene microscopisch waarneembare verandering voorkomt; maar alleen, dat de patiënten dikwijls nerveuse menschen zijn, dat de ziekte bovenal door jeukaanvallen gekenmerkt is en dat zij door het plotselinge opkomen en verdwijnen op eene echte neurose gelijkt. Overigens is hij bereid den naam door een betere te vervangen; zelf stelt hij als zoodanig nog voor circumscripte en diffuse pruritus met lichenificatie.

Bijna alle jeukende huidziekten met chronisch verloop kunnen gepaard gaan met secundaire lichenificatie, waarbij dezelfde efflorescenties voorkomen als bij den primairen vorm.

Uitdrukkelijk verklaart BROcq, dat zij absoluut identiek zijn. Zoo lang er geen diffuse uitbreiding is, vindt men volgens JADASSOHN in de omgeving niet de typische, geïsoleerde papeltjes, die men bij lichen VIDAL aantreft. In gevallen, waarbij de uitslag

een recidiveerend en vluchtig karakter heeft, zooals bij urticaria en dermatitis herpetiformis, blijft ondanks den langen duur der aandoening deze complicatie achterwege. Ook hier noemt BROCC als voorwaarde individueele praedispositie en daarnaast praedispositie van de primaire dermatose.

De voornaamste rol speelt de secundaire lichenificatie bij de prurigo van HEBRA en de prurigo diathetica van BESNIER. Ook het chronisch eczeem compliceert zich later dikwijls met secundaire lichenificatie: dan ontstaat het eczema lichenoides, dat beter eczema lichenificatum genoemd wordt. Verder komt zij voor bij lichen ruber, mycosis fungoides, pityriasis rubra, traumatische dermatosen en die gevallen van psoriasis, welke met jeuk gepaard gaan.

Waarom niet bij alle circumscripte huidneurosen lichenificatie optreedt, tracht BROCC met de volgende hypothese plausibel te maken. De invloed van den jeuk, zelf nog onvoldoende bekend, is niet de eenige factor; mogelijk is waarschijnlijk ook een trophische invloed werkzaam en daarnaast een op het vasomotorisch evenwicht. Alnaar deze wel of niet mede in het spel zijn, zal de mechanische irritatie, die op den jeuk volgt, verschillende reacties opwekken, van eene vluchtige hyperaemie tot de blijvende afwijking van de dermitis.

De beschouwingen, die BROCC over zijne theorie houdt, zijn zeer uitvoerig, doch de argumenten zijn gering in aantal en van weinig beteekenis. Het meest op den voorgrond wordt geschoven het feit, dat sommige patiënten het voorafgaan van den jeuk aan de zichtbare huidafwijking met beslistheid aangeven; BROCC neemt aan, dat dit in alle gevallen zoo is. Evenwel kan het voorafgaan van jeuk ook verklaard worden door de aanwezigheid van macroscopisch nog niet waarneembare afwijkingen. Het voorkomen van gevallen, waarin de jeuk geheel ontbreekt, maakt de theorie van BROCC onwaarschijnlijk. Een ander bewijs zou zijn het goede resultaat van behandeling der aandoening met een afsluitend verband. BROCC verklaart dit, doordat krabben op de zieke plek daarbij voorkomen wordt, MARCUSE wijst er op, dat door genoemde therapie de aandoening geneest en daarmee ook de jeuk teruggaat. Nog noemt BROCC enkele andere argumenten, waaraan weinig of geen waarde is toe te kennen, zooals het „banale” karakter van het histologisch beeld.

Omdat de jeuk alleen niet voldoende is om de pathogenese van den lichen simplex chronicus te begrijpen, neemt BROcq daarnaast eene individueele praedispositie aan (zie hetgeen hier boven over de aetiologie aan BROcq ontleend is). De noodzakelijkheid van deze verhoogde vatbaarheid voor het ontstaan wordt niet algemeen aangenomen.

Volledigheidshalve moet nu nog vermeld worden wat onder lichenisatie werd verstaan. Kort na publicatie van de theorie der lichenificatie door BROcq, deelde BESNIER mee, dat hij onder lichenisatie een toestand van de huid verstond, die sinds lang bekend was als „*état lichénoïde*”, niet eene bepaalde huidziekte. Aan den naam lichenisatie gaf hij toen niet dezelfde uitbreiding en beteekenis als BROcq aan lichenificatie. Veel later, in 1901 heeft BESNIER verklaard, dat lichenisatie geheel identiek is met lichenificatie. BROcq merkt hierbij op, dat hij den naam lichenificatie om prioriteitsredenen verkiest, doch ook omdat deze wijst op den invloed van het krabben in de genese der huidafwijking (*facere* = *maken*). Dat men aan een eenmaal ingevoerden naam vasthoudt, blijkt uit eene publicatie van GOLAY (1922), waarin nog weer onderscheid gemaakt wordt tusschen de lichenisatie van BESNIER en de lichenificatie van BROcq. Nog door anderen is de naam lichenisatie gebruikt. Zoo door TÖRÖK, die de lichenificatietheorie aanvaardt, doch meent, dat naast mechanische ook chemische prikkels, wanneer deze voldoende lang inwerken, dezelfde reactie, door hem lichenisatie genoemd, kunnen veroorzaken. BROcq gaat hiermede niet accoord en wijst in dit verband op de klinische verschillen met de huidafwijking, die bij vrouwen met fluor albus, vooral als deze het gevolg eener gonorrhoeische infectie is, kan voorkomen. Ook zonder krabben ontstaan bij deze patiënten door de afscheiding „*des lésions cutanées, villoses d'aspect, comme veloutées, tout à fait particulières*”; histologisch zijn zij aan de lichenificatie verwant.

Dan moet hier nog SABOURAUD genoemd worden, die ook lichenificatie en lichenisatie als synoniemen beschouwt, doch de meening is toegedaan, dat de afwijking een gevolg is van impetigo. Volgens BROcq komt er soms na de genezing dezer infectie op de plaats der oorspronkelijke aandoening wel eene „*papillomatose*” voor, waarin echter de kleine beginpapels van de lichenifi-

catie ontbreken; klinisch lijkt deze lichenisatie dus niet op de lichenificatie. Eerst als de patiënt zich lang gekrabt heeft, treedt er eene echte lichenificatie op, waarvan niet de streptococ de oorzaak is, maar de jeuk. JADASSOHN ontkent het voorkomen van lichenificatie na impetigo.

Samenvatting. De theorie der lichenificatie is niet bewezen. Het is BROcq als verdienste aan te rekenen, dat hij het beeld van den lichen VIDAL duidelijk omschreven heeft en er op gewezen heeft, dat bij vele huidziekten afwijkingen kunnen ontstaan, die klinisch groote overeenkomst met den lichen VIDAL vertoonen.

Histopathologie. Bij den lichen simplex chronicus is zoowel de epidermis als het corium veranderd. De afwijkingen zijn geringer dan de klinische verschijnselen zouden doen verwachten (DARIER).

De sterkste afwijkingen komen volgens HEIMANN in het corium voor; in het bijzonder wijst hij op het sterke oedeem in het bindweefsel. GANS vat de aandoening als een circumscripte vorm van prurigo op. De primaire verandering is volgens dezen schrijver de urtica, de vocht-papel, waarmee hij aanneemt, dat de aandoening in het corium begint. Overigens zegt GANS, dat de coriumafwijkingen van geringe beteekenis zijn en dat die der epidermis in het histologisch beeld meer opvallen; de laatste houdt hij voor secundair. Ook volgens DARIER overweegt de epidermisafwijking en wel bestaat er eene belangrijke hypertrophie van het rete Malpighi. ALEXANDER vermeldt, dat de coriumafwijkingen altijd worden aangetroffen, doch dat de epitheelveranderingen in de diffuse lichenificatie geheel ontbreken of minder duidelijk zijn dan in de afzonderlijke papels. MARCUSE meent, dat ook in de epidermis actieve processen plaats vinden en dat de papel niet op eene papillaire hypertrophie berust. Het was in de door hem onderzochte gevallen niet mogelijk uit te maken, welke huidlaag de plaats der primaire verandering was.

Het corium vertoont in de diepere lagen weinig afwijkingen: rond de vaten zijn wat lymphocyten opgehoopt, in wat grooter aantal komen deze cellen rond de smeerklieren voor. Duidelijker zijn de afwijkingen in het corpus papillare. Ook hier komen groepen infiltraatcellen om de bloedvaten en in en om de lymphvaten voor; soms is het infiltraat wat meer diffuus uitgebreid.

Een scherpe ondergrens van het infiltraat zooals bij lichen ruber voorkomt, ontbreekt hier. ALEXANDER vermeldt, dat het infiltraat naast lymphocyten uit een gering aantal plasmacellen en mestcellen bestaat. Het gehalte aan polynucleaire cellen loopt in verschillende gevallen sterk uiteen; volgens GANS hangt hun aantal af van bijkomstige huidbesmetting. Daarnaast komen nog epitheloide cellen voor, die van het stratum germinativum afkomstig zouden zijn (DIND). Ook de bindweefselcellen zijn vermeerderd en grooter dan normaal.

De papillen zijn oedemateus; de lymphvaten en lymphspleten zijn verwijd, de bloedvaten soms eveneens. De capillaire vaten vertoonen eene enkele maal hyaline-ontaarding; het collagene weefsel lijdt weinig, het elastische weefsel is iets minder goed behouden (ALEXANDER). BROcq vermeldt, dat de papillen door het infiltraat en het oedeem zeer groot zijn en dat zij niet alle in dezelfde mate in omvang zijn toegenomen. Zoo telkens groepjes van drie tot vier papillen zijn sterker vergroot dan de omliggende en vormen de papels. DARIER deelt mee, dat de papillen langer zijn dan normaal. HEIMANN nam in de subpapillaire laag plaatselijke hypertrophie van het bindweefsel waar en spreekt van proliferatie der papillen, waarvan eene verlenging der epitheelinzinkels het gevolg is. ALEXANDER vond tengevolge van den druk der verbreedde epitheelinzinkels de papillen smaller dan normaal. Ook de tusschen de infiltraten gelegen bindweefselcellen nemen aan het ontstekingsproces deel. In een enkel geval zag ALEXANDER in de diepere lagen eene elephantiasisachtige hypertrophie der bindweefselbalkjes. GANS vermeldt, dat het corpus papillare door oedeem gezwollen is, terwijl de papillen lang en smal zijn; doch kan het corpus papillare ook afgeplat zijn, waarbij korte en plompe epitheelinzinkels de epidermis-coriumgrens vervormen. Zoowel het intra- als het extracellulaire pigment is gewoonlijk toegenomen (ALEXANDER). Slechts bij uitzondering worden afwijkingen aan de zenuwen vermeld; BROcq vond in een zijner gevallen verdikking van het perineurium, DALOUS zwelling en verlies van de fibrillaire structuur.

Epidermis. Bij FRIEBOES vindt men vermeld, dat het stratum corneum verdikt is, met of zonder parakeratose. Volgens HEIMANN is de parakeratose van weinig beteekenis. ALEXANDER evenwel vond de hoornlaag van de papel bijna altijd in een

parakeratotisch „schildje” veranderd, dat zeer diep reiken kan, soms tot aan het corpus papillare. JADASSOHN nam de parakeratose, die volgens hem in een zoo sterken graad bijna nooit bij andere ziekten wordt aangetroffen, in alle onderzochte gevallen waar. GASTOU en VIEIRA vonden hoornproppen in den zweetporus.

BROCQ vermeldt, dat het stratum lucidum bijna totaal verdwenen en het stratum granulosum bijna geheel intact is. GASTOU en VIEIRA vonden het stratum granulosum verbreed, zoo ook MARCUSE. De laatste onderzoeker nam plaatselijke verbreding van deze laag waar, zoowel in de papels als in hunne omgeving en in het bijzonder onder het parakeratotische schildje. ALEXANDER evenwel vond overal waar parakeratose voorkomt, het stratum granulosum verdwenen; de papel zelf is volgens hem geheel vrij van keratohyaline.

Bijna algemeen wordt vermeld, dat het stratum spinosum belangrijk verbreed is (niet door JADASSOHN); de interpapillaire epitheelinzinkels zijn hypertrophisch en kunnen vertakt zijn; soms werden talrijke mitosen gevonden. Volgens HEIMANN zijn de epitheelinzinkels lang en meestal dun; hij schrijft de vergrooting slechts in geringe mate aan epitheelproliferatie toe, doch bovenal aan oedeem. BROCQ en ALEXANDER vonden infiltratie van het epitheel met zwerfcellen, terwijl SIMON (vermeld bij ALEXANDER) juist op de afwezigheid dezer cellen wijst. Daarom legt ALEXANDER er den nadruk op, dat hij ook in gevallen, waar geen spoor van infectie te bekennen valt, steeds leucocyten in de epidermis vond.

MARCUSE zag nooit vacuolenvorming of interspinale holten, JADASSOHN evenmin. BROCQ nam aan enkele cellen „altération cavitaire” waar; de neiging tot holtevorming door samenvloeien van dergelijke cellen vond hij zeer gering. Ook ALEXANDER nam genoemde celafwijking waar en bovendien eene matige verbreding der interepitheliale vochtspleten, doch wijst er met nadruk op, dat een interstitieel oedeem, resp. spongiose meestal ontbreekt. Hij vermeldt, dat door het intracellulaire oedeem het protoplasma in circumscripte complexen van retecellen een honigraatachtigen bouw aanneemt, (processus de vésiculation van LELOIR, door hem als „NETZ — resp. Schwammbildung” aangeduid), waarbij de mazen opgevuld zijn met zwerfcellen, fibrineus exsudaat en

epitheelkernen. In veel geringer mate draagt het intercellulaire oedeem hiertoe bij. GANS noemt dezen toestand wel spongieuse. Vorming van blaasjes, zooals deze bij eczeem voorkomt (processus de phlycténisation LELOIR) nam ALEXANDER slechts in een geval waar, dat met eczeem gecompliceerd was. Volgens HEIMANN is het intracellulaire oedeem juist gering en het intercellulaire krachtig. De meeste schrijvers wijzen er op, dat groote holten zooals deze bij lichen planus kunnen voorkomen, ontbreken. HEIMANN en DIND namen wel holtevorming waar; laatstgenoemde vermeldt, dat de holtevorming gedeeltelijke loslating van epidermis en corium kan veroorzaken. HEIMANN vond als inhoud der holte fibrine en enkele leucocyten. De cellen van het stratum germinativum zijn meestal niet cylindrisch, doch onregelmatig gevormd; er is oedeem en bijna altijd bevatten de cellen dezer laag minder pigment dan normaal (ALEXANDER). Ook JADASSOHN wijst met nadruk op deze depigmentatie. MARCUSE echter nam hyperpigmentatie dezer cellaag waar. Bij lang bestaande haarden is het pigment aan den rand vermeerderd (GANS). GASTOU en VIEIRA vonden het stratum germinativum door eene laag verdikt bindweefsel en elastisch weefsel van het corium gescheiden; op den top der papillen was deze laag afwezig. DIND vond in het centrale deel van de papel de epidermis-coriumgrens niet scherp; evenals bij lichen ruber spreekt hij hier van „bousculade épidermique de la couche basale”. FRIEBOES vermeldt nog, dat de duidelijke huidteekening der lichenificatie in de preparaten aan diep inspringende groeven is terug te vinden.

Het histologisch beeld der diffuse lichenificatie stemt volgens BROcq en FABRY met dat van den circumscripten vorm overeen. HEIMANN deelt mee, dat de secundaire lichenificatie hetzelfde beeld geeft als de primaire vorm.

GERTRUD WOLFF heeft de histologie van de neurodermitis met spitse papels beschreven. Zij vond haardsgewijze parakeratose met geringe folliculaire acanthose. De keratohyaline ontbrak plaatselijk of was slechts spaarzaam aanwezig. Als gevolg van intercellulair oedeem was hier en daar in het stratum spinosum en stratum basale het celverband verloren gegaan; er was ook intracellulair oedeem aanwezig. De schrijfster meent, dat in haar geval, zoowel inter- als intracellulair oedeem tot het ontstaan van de altération cavitaire hebben bijgedragen. Het stratum basale

bevatte nagenoeg geen pigment. Verder was er eene haardsgewijze, deels streepvormige, perivasculaire en perifolliculaire infiltratie met voornamelijk lymphocyten en in geringe hoeveelheid bindweefselcellen. Ook het bindweefsel was oedemateus. De vaatwanden waren verdikt, vertoonden echter geen hyaline degeneratie.

Uit het bovenstaande overzicht blijkt, dat over een deel der epidermis- en coriumafwijkingen bij lichen VIDAL nog verschil van meening bestaat; evenmin is men het eens over de vraag of op het histologisch beeld de diagnose gesteld kan worden.

Volgens sommige schrijvers (o.a. EHRMANN en FICK) stemt de histologie met die van het chronisch eczeem overeen. Tegen deze opvatting keert zich HEIMANN. „Lichenification presents a very striking microscopic aspect”, aldus vangt hij zijne beschrijving aan. HEIMANN wijst dan op den vorm der epidermis-coriumgrens; het is alsof epidermis en corpus papillare met lange dunne vingers in elkaar grijpen. Zooals reeds vermeld, beschouwt hij de hypertrophie der bindweefselpapillen als primair. Als negatieve kenmerken der lichenificatie worden dan door hem genoemd; het ontbreken van blaasjes in de epidermis en de afwezigheid van belangrijke hyperkeratinisatie en parakeratose. De waarde dezer kenmerken is niet groot; wat het laatste betreft, verbreeding van het stratum granulosum kan voorkomen, terwijl parakeratose eene vrij regelmatige bevinding is. En wat de blaasjesvorming betreft, kan verwezen worden naar GANS, die zegt, dat het onjuist is om in alle gevallen waar blaasjes zijn van eczeem te spreken en op het ontbreken er van de diagnose op lichen VIDAL te stellen.

De meening van EHRMANN wordt door zijne bijzondere klinische opvatting over lichen VIDAL begrijpelijk (zie pag. 72).

Volgens FRIEBOES is het eindstadium niet van het gelichenificeerd chronisch eczeem te onderscheiden. Ook ALEXANDER wijst op de groote overeenkomst met chronisch eczeem (parakeratose, acanthose, intraepitheliale blaasjesvorming), maar kent toch aan de volgende punten veel beteekenis toe:

1. bij lichen VIDAL is het pigment in een scherp omschreven deel van het stratum basale verdwenen; omdat dit pigmentverlies bij eczeem niet vermeld wordt, is het met de hyperpigmentatie

der deelen, die aan de papel grenzen, eenigszins voor lichen VIDAL karakteristiek.

2. Reeds vroeg komen bij lichen VIDAL leucocyten in de epidermis voor; ook in oudere stadia zijn zij steeds aanwezig. Bij eczeem treedt dit symptoom minder op den voorgrond.

3. Door de sterke coherentie van hoornlaag en retecelien komt het bij lichen VIDAL ondanks het sterke epitheliale en papillaire oedeem niet verder dan tot altération cavitaire. Slechts bij uitzondering treedt blaasvorming, als bij eczeem het geval is, op.

ALEXANDER voegt aan het bovenstaande toe, dat het nu nog niet mogelijk is om uit te maken of deze symptomen voldoende zijn om histologisch aan den lichen VIDAL eene aparte plaats tegenover het eczeem toe te kennen.

Abnormale vormen.

Tegenwoordig worden vele huidaandoeningen als abnormale vormen van neurodermitis circumscripta opgevat. Het eerste vijftal is reeds in 1909 door BROcq en PAUTRIER meegedeeld.

1. Hypertrophische vorm. In de eerste mededeeling wordt vermeld, dat deze vorm aan een omschreven tumor doet denken. De huid is diep geïnfilteerd. Bij behandeling met natte omslagen herkrijgt de aandoening het aspect van de gewone lichenificatie. Zij komt bij jonge kinderen voor en bij uitzondering bij volwassenen op plaatsen met lymphvaatrijke huid, zooals okselholten en scrotum. Aan eene recente publicatie over de lichénification hypertrophique ou géante van PAUTRIER is het volgende ontleend: De aandoening komt meest op hooger leeftijd voor en is wat frequenter bij mannen dan bij vrouwen. De praedilectieplaatsen zijn de genitalia en de liezen. De vorm, afmeting en begrenzing der aandoening loopen in verschillende gevallen nogal uiteen. Soms is er eene min of meer ronde of ovale plaque gevormd, van weinig tot eenige c.M. in doorsnee, soms is de omtrek hoekig. In een enkel geval geleek de aandoening een tumor. Steeds ligt het oppervlak belangrijk hooger dan het niveau der omgevende huid, van 4 à 5 m.M. tot 1 c.M. De grens is meer of minder scherp: hoe meer verheven de aandoening is, des te scherper is de grens. De omgevende huid is normaal of vertoont gewone lichenificatie. De kleur varieert van rose tot helder en

donkerrood; soms is er hyperpigmentatie. Het oppervlak is nooit glad: of het is schilferend en droog of er zijn excoriaties met korstjes. De aandoening is opgebouwd uit series groote papels, die door fijne groeven gescheiden zijn. Wanneer de aandoening sterk verheven is, zoodat zij aan een tumor doet denken, dan zijn de groeven diep. Bij palpatie voelt de aandoening vast, soms hard aan, zij rust op eene geïnfiltreerde basis. Er is sterke jeuk, die tot de plaats der afwijking beperkt is. Soms geeft de patiënt op, dat de jeuk voorafging. Bij min of meer gegeneraliseerden jeuk, zooals bij de prurigo van HEBRA, kan op de genoemde praedilectieplaatsen de hypertrophische lichenificatie optreden. Door KREIBICH is deze aandoening als neurodermitis verrucosa beschreven. PAUTRIER schrijft ook deze aandoening toe aan herhaald krabben.

De aandoening, bekend als mycosis flexurarum (H. v. HEBRA) = eczema flexurarum, die nogal eens bij kinderen waargenomen wordt, rekent men ook wel tot de neurodermitis (HERXHEIMER e.a.). ALEXANDER is geneigd haar in deze rubriek onder te brengen. Of BROcq dezen vorm bedoeld heeft, toen hij schreef dat door invloed van natte omslagen het karakter der gewone lichenificatie ontstaat, is mij niet bekend.

Histopathologisch is de hypertrophische lichenificatie gekenmerkt door eene buitengewoon sterke hyperacanthose; bij geen enkele andere ziekte trof PAUTRIER ooit zulke groote epitheelinzinkels aan. Op den duur wordt de acanthose vergezeld door hyperkeratose met vorming van hoornproppen. De bovenste en middelste coriumlaag zijn belangrijk geïnfiltreerd, de onderste laag minder. Het infiltraat wijst op eene chronische ontsteking en bestaat uit weinig scherp begrensde, deels om de verwijde vaten gelegen haarden van bindweefselcellen, plasmacellen en eosinophile leucocyten. Ter plaatse van het infiltraat bestaat het bindweefsel uit een netwerk van dunnere draden met hier en daar oedeem, terwijl in de peripherie eene neiging tot verharding valt waar te nemen. Wat bovenal opvalt is het groote aantal nieuwgevormde bloed- en lymfvaten. KREIBICH vermeldt, dat in zijn geval de gezamenlijke epitheelinzinkels door een breeden mantel van dicht infiltraat omgeven waren; het collagene en het elastische weefsel waren door het infiltraat volkomen verdrongen.

Samenvatting. De leeftijd der patiënten met deze aandoening

wordt nogal uiteenlopend opgegeven. Afgezien van de mycosis flexurarum lijkt een verband met de neurodermitis hier meer waarschijnlijk dan bij den volgende vorm.

2. Hyperkeratotische vormen. Hieronder wordt de lichen obtusus corneatus vermeld. De klinische symptomen dezer ziekte zijn reeds op pag. 47 genoemd. Na resp. bij de urticaria, lichen en prurigo ondergebracht te zijn, hebben BROcq en PAUTRIER deze aandoening als een abnormale vorm van lichenificatie opgevat: lichenification circonscrite nodulaire chronique. Dit standpunt wordt ook ingenomen door FABRY (neurodermitis nodulosa), HERXHEIMER (neurodermitis vegetans), BURNIER en RESJEK; ook RIECKE schijnt deze opvatting te zijn toegedaan.

PAUTRIER voert de volgende argumenten voor zijne zienswijze aan:

a. de aandoening wordt door sterken jeuk voorafgegaan en begeleid; het krabben zou de papels doen ontstaan, zij verschijnen op de jeukende plekken;

b. het karakter der jonge efflorescentie. Volgens BROcq draagt deze vanaf het ontstaan droge schilfers op den top en herinnert aan de lichenificatie. PAUTRIER beschrijft het jeugd-stadium als eene scherp omschreven, rose-roode papel met bruine bijtint, die iets grooter is dan een speldeknoop en ruw aanvoelt;

c. in de omgeving der papels komt gewone lichenificatie voor;

d. de ziekte doet zich soms voor bij nerveuse vrouwen met intoxicaties (koffie). Ook PICK schrijft aan toxische en auto-toxische momenten eene rol toe en neemt om de zeldzaamheid der ziekte te verklaren eene bepaalde dispositie aan.

e. de groote overeenkomst met normale lichenificatie.

RASCH houdt aan den naam prurigo nodularis vast, zonder daarmee omtrent de natuur der ziekte iets te willen zeggen, doch omdat hij het niet eens is met BROcq en PAUTRIER. De aandoening wijkt volgens RASCH te veel af van hetgeen onder lichenificatie wordt verstaan. Evenmin houdt hij de aandoening met urticaria, noch met lichen verwant.

Tegen den naam urticaria perstans zijn verschillende bezwaren gerezen. Ten eerste omvat zij verschillende aandoeningen; dan is een urticarieel voorstadium maar zelden waargenomen, wat evenwel door den langen duur der aandoening begrijpelijk is. Ook verschilt zij histologisch van urticaria. Tegen eene groepee-

ring bij lichen bestaan naast histologische ook klinische bezwaren; de efflorescenties ontstaan niet uit lichenpapels, noch komen er lichenpapels naast voor.

Histopathologie. PAUTRIER vermeldt de volgende kenmerken. Het stratum corneum is sterk verdikt en hier en daar kernhoudend. Ook het stratum granulosum is verdikt, doch regelmatig; de dikkere en dunnere plekken, die bij lichen planus de lijnen van WICKHAM veroorzaken, ontbreken bij lichen obtusus corneatus. Het stratum spinosum is hyperacanthotisch. De fijne bindweefselstructuur van het corpus papillare gaat door sclerose verloren. Haardjes van lymphocyten en bindweefselcellen wijzen op eene chronische ontsteking van het corium. BURNIER en RESJEK vermelden colloïde celdegeneratie van de stekellaag, nieuwvorming en verwijding der bloedvaten. In de perivasculaire infiltraten vonden zij naast lymphocyten en fibroblasten ook enkele mestcellen. De elastische vezels waren onveranderd. BUELER vond ook plasmacellen in het infiltraat; in zijn geval was er geen spoor van oedeem. Het stratum corneum vertoonde scherp gesneden inzinkingen (lichenificatie).

Van urticaria verschilt de aandoening, doordat het oedeem zeer gering is (GANS, FRIEBOES) of ontbreekt (BAUM); van lichen obtusus door ontbreken van het oedeem, door den vorm van het infiltraat en den aard der epidermisafwijkingen.

Samenvatting. Het is niet bewezen, dat de lichen obtusus corneatus een abnormale vorm van lichenificatie is. Voor het eerste argument van PAUTRIER wordt verwezen naar de opmerking bij de theorie der lichenificatie. Het derde argument heeft ook geen bewijskracht: het voorkomen van lichenificatie in de omgeving der papels toch, kan ook als secundair aan de jeukende aandoening opgevat worden.

Er komen bij deze aandoening afzonderlijk gelegen papels voor, die in het geheel geene neiging hebben door confluentie eene plaque te vormen; de aandoening is therapeutisch in het geheel niet te beïnvloeden; beide feiten pleiten tegen eene indeeling bij de neurodermitis.

De namen lichen obtusus corneatus en urticaria perstans zijn, omdat zij verwarring kunnen stichten, minder gewenscht. De beste naam lijkt mij prurigo nodularis.

Op bepaalde deelen van de huid heeft de lichenificatie een bijzonder karakter; met name worden genoemd:

3. Diffuse lichenificatie van het gelaat. Deze komt zelden voor; de huid is droog, verdikt en sterk geplooid; zij kan op de facies leontina bij lepra gelijken (ook de circumscripte vorm kan in het gelaat voorkomen).

4. Lichenificatie van de handpalmen. Deze gelijkt op de erythemateuse keratodermie der extremiteiten; de epidermis is verdikt, grijs, hoornachtig en met zeer adhaerente schilfers bedekt, waaronder de huid eene matrose kleur vertoont; de huid is gekloofd.

5. Lichenificatie van het behaarde hoofd ontstaat bijna altijd op eene reeds bestaande dermatose: pityriasis simplex, psoriasis-forme parakeratose. De praedilectieplaats is de huid achter de ooren en in de nek. De huid is rood gekleurd, zeer verdikt en met fijne schilfers bedekt.

Hieraan moet toegevoegd worden, dat door KREIBICH als neurodermitis decalvans eene aandoening van het behaarde hoofd beschreven is, waarbij de alopecie van blijvenden aard is. In den regel zou als bij lichenificatie van behaarde deelen van de huid (wenkbrauwen, baard) de haren door wrijven verloren gaan, de kaalheid slechts tijdelijk zijn. In het geval van KREIBICH bestond sterke jeuk. De aandoening begon met papeltjes, later was de huid diffuus ontstoken. De papeltjes waren niet folliculair, zoodat de haaruitval niet het gevolg kon zijn van folliculaire littekenvorming. KREIBICH is geneigd de alopecie aan het verdwijnen der papillen toe te schrijven, omdat hij meent, dat de lichenificatie tot atrophie kan voeren; ook zou naar zijne meening de „neurogene Erregung“, die de jeuk en de neurodermitis veroorzaakt trophische stoornissen kunnen doen ontstaan.

Samenvatting. Het laat zich wel denken, dat het beeld der neurodermitis op sommige plaatsen, als onder 3, 4 en 5 vermeld, een bijzonder karakter heeft. Ook bij andere huidziekten toch is dit soms het geval (lichen, pityriasis rubra pilaris en psoriasis geven op de handpalmen een afwijkend beeld: bij de pityriasis rubra pilaris vindt men op het behaarde hoofd niet de typische papeltjes, maar eene diffuse schilfering). Het bestaan van lichenificatie naast andere huidziekten op het behaarde hoofd, doet de vraag rijzen of men in die gevallen met eene secundaire lichenificatie te doen heeft.

6. Ook de ziekte van FOX en FORDYCE wordt soms als een abnormale vorm van neurodermitis opgevat. Klinisch verschilt zij vooral, doordat zij aan bepaalde plaatsen, oksels, borsten, navelstreek en pubis gebonden is, terwijl de neurodermitis vrijwel overal kan voorkomen. Op de genoemde plaatsen komen tegen en naast elkaar staande ronde of kegelvormige papeltjes voor op eene gepigmenteerde huid zonder lichenificatie. De papels zijn meest klein, speldeknop groot, doch kunnen ook eene grootere afmeting bezitten. De papels hebben de gewone huidkleur of zijn lichtrood. Op de aangetaste plaatsen vallen de haren uit. De aandoening jeukt heftig; in een door JUNG waargenomen geval, nam de jeuk tegen de menses toe. Door OLIVER BOELSTRA is een geval beschreven, waarin met zekerheid eene wisseling in grootte der papels werd waargenomen. De patiënten zijn meest nerveuse vrouwen van Joodsche of Oostersche afkomst; slechts twee malen is de aandoening bij een man waargenomen.

Histopathologie. De ziekte van FOX en FORDYCE is gekenmerkt door acanthose en hyperkeratose met geringe parakeratose. In de epitheeluitloopers en bovenste coriumlaag komt oedeem voor, om de vaten en de cystisch verwijde zweetkliergangen vindt men celinfiltraten. Soms is er ook celinfiltratie om de haarfollikels. Volgens FISCHER zijn de veranderingen gebonden aan de uitvoergangen van apocrine zweetklieren en aan de haarfollikels, waarin deze klieren uitmonden of die, waarnaast zij uitmonden en waaruit zij zijn ontstaan. Hij wijst er op, dat de localisatie der aandoening overeenkomst met die plaatsen der huid, waar genoemde zweetklieren voorkomen.

Samenvatting. Het is nog niet uitgemaakt of de ziekte van FOX en FORDYCE eene afzonderlijke plaats toekomt, dan wel tot de neurodermitis gerekend moet worden. Gevallen, waarin de ziekte samengaat met een typischen lichen VIDAL (SNETLAGE e.a.) pleiten voor de laatste opvatting. De ziekte van FOX en FORDYCE wijkt van de neurodermitis af, doordat de papels onveranderd blijven bestaan, dus niet tot schijven conflueeren en doordat remissies ontbreken, terwijl deze bij de neurodermitis frequent voorkomen. Ook de genoemde verschillen in localisatie en in histologie (zweetklierafwijkingen bij de ziekte van FOX en FORDYCE) zijn van belang.

7. Blijkens eene latere publicatie vat PAUTRIER ook den

lichen corneatus als een abnormalen vorm van lichenificatie op, omdat hij meent, dat deze aandoening histologisch wel overeenkomt met de lichenificatie, niet met den lichen. Dat lichen corneatus zoo vaak met lichen planus samengaat, wil hij aldus verklaren: lichen planus wordt dikwijls met lichenificatie gecompliceerd; in deze gevallen nu gaat hij samen met den verruceusen vorm van lichenificatie. Voor zoover mij bekend wordt het standpunt van PAUTRIER niet door anderen gedeeld.

8. Dat KREIBICH de white-spot disease als eene neurodermitis alba opvat, is reeds bij den lichen sclerosus vermeld.

9. HERXHEIMER rekent een door hem waargenomen geval, dat groote overeenkomst met den lichen ruber monileformis van KAPOSÍ vertoonde, ook tot de neurodermitis.

10. Onder den naam lineaire neurodermitis is enkele malen eene aandoening beschreven, die waarschijnlijk tot de naevi behoort (ALEXANDER).

11. Neurodermitis rubra. Aan de beschrijving van dit ziektebeeld door POKORNY, wordt het volgende ontleend. De neurodermitis rubra houdt het midden tusschen de andere afwijkingen, die bij het variceuse symptomencomplex voorkomen, n.l. de lichenificatie en neurodermitis aan den eene en het natte eczeem aan den andere kant. De aandoening ontstaat boven een varix, doch deze oefent op het verdere verloop geen invloed meer uit. Door samenvloeien van weinig verheven, bruinroode plekjes, die door eene erythemateuse halo omgeven zijn, ontstaat eene groote plaque. In het begin is er weinig jeuk; de patiënt krabt niet, maar wrijft, waardoor de aandoening bevorderd wordt. Door vele nieuwgevormde en wijde vaten is de kleur der aandoening vleeschrood. Zij is met glanzende, geelwitte schilfers bedekt; worden deze verwijderd, dan komt het gewone beeld van de neurodermitis voor den dag. De aandoening schrijdt peripher met een erythemateusen rand voort; de begrenzing is serpiginous. Op den duur volgt centrale genezing met pigmentatie. Plekken, die eenmaal aangetast geweest zijn, blijven verder vrij. In de omgeving komen kleine bloedingen voor.

Hier mag aan toegevoegd worden, dat KREIBICH, uit wiens kliniek bovenstaand geval afkomstig is, het een parakeratotisch erytheem noemt. In verband met de volgende opmerking van KREIBICH, dat wrijven bij jeuk boven eene ectatische vena meestal

een erytheem en wel de chronische vorm of lichenificatie tengevolge heeft, zou men op de klinische beschrijving toch eerder geneigd zijn de neurodermitis van POKORNY tot het eczeem te rekenen.

12. Tenslotte mag nog vermeld worden, dat ook de leucoplakie met de neurodermitis in verband gebracht is. Op grond van de histologische overeenstemming van huid- en slijmvliesafwijkingen in een gecombineerd geval van lichenificatie en leucoplakie merkt FORDYCE op, dat beide mogelijk eenzelfde oorzaak hebben.

Histopathologie. Bij leucoplakie is het epitheel sterk verdikt; vooral de hoornlaag is zeer dik, er is eene duidelijke keratohyaline-laag aanwezig. KAUFMANN vermeldt bovendien celinfiltratie, waarbij veel plasmacellen worden gevonden. Volgens MEURSING komen in zuivere gevallen geen ontstekingsverschijnselen voor (mondelinge mededeeling).

Samenvatting. Waar er klinisch belangrijke verschillen bestaan — de leucoplakie komt vooral bij mannen voor, die sterk rooken; veelvuldig is lues voorafgegaan en de complicatie met carcinoom is niet zeldzaam — lijkt de geringe histopathologische overeenkomst, van geene waarde om eenig verband tusschen beide aandoeningen aan te nemen.

4. Lichenoïde uitslagen door metamorphose.

Behalve bij secundaire lichenificatie kunnen bij verschillende huidziekten lichenoïde papels voorkomen, die zich uit andere efflorescenties ontwikkelen. Op dit proces, dat als „Umbau” bekend is, heeft vooral HERXHERMER de aandacht gevestigd. Hij beschrijft het ontstaan van lichenoïde papels uit blazen en pustels bij zeer uiteenlopende ziekten, als syphilis, ziekte van DURING, herpes genitalis, varicella, eczema enz. en voegt er aan toe, dat men deze overgang wel moet onderscheiden van de metamorphose van efflorescenties, die bij de normale ontwikkeling eener huidziekte behoort. De „Umbaufähigkeit” komt niet bij iedereen voor; zij zou volgens RIECKE er op wijzen, dat naast exogene en endogene oorzaken ook door eene (aangeboren of verkregen) dispositie der huid een invloed op den efflorescentievorm eener huidziekte uitgeoefend wordt.

Als voorbeelden van „Umbau” noemt RIECKE ook den overgang van verschillende efflorescentievormen in psoriasisachtige elementen bij het bestaan eener psoriasisdiathese en een gelijksoortig gebeuren bij patiënten, die lijden aan de ziekte van DARIER.

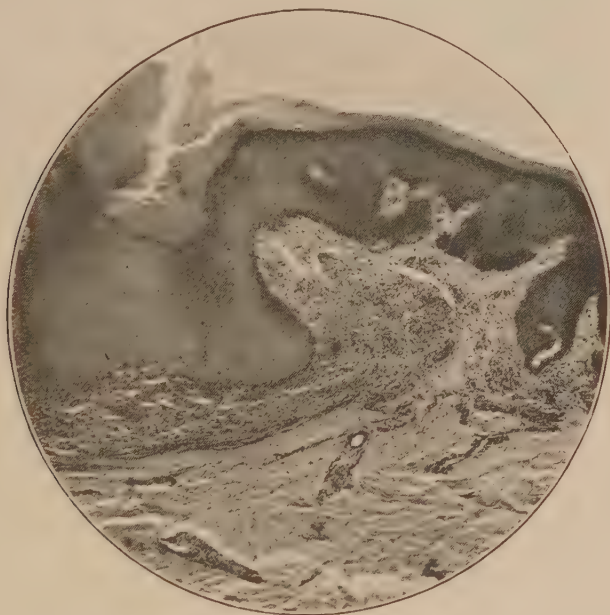
HERXHEIMER heeft op de praktische beteekenis van den „Umbau” voor de differentiale diagnostiek gewezen; werd vroeger bij het voorkomen van lichenoïde papels alleen aan lichen ruber en neurodermitis gedacht, nu zal men bij de aanwezigheid dezer elementen nog andere mogelijkheden in aanmerking moeten nemen.

HOOFDSTUK IV.

Beschrijving van een aantal waargenomen gevallen.

Geval 1. Lichen planus (met afbeelding 1).

Lichen planus, toevallig aangetroffen bij een man van 48 jaar, die wegens gonorrhoe op de afdeling voor huid- en geslachtsziekten in het Binnengasthuis was opgenomen. De lichen bestaat 6 jaar; hij komt uitsluitend in de rechter knieplooi voor. Voor onderzoek wordt eene typische papel verwijderd.



Afb. I. Lichen planus.

Sterke verdikking van het epitheel met ongelijkmatige verdikking van het stratum granulosum. In het corium een dicht, scherp naar onder begrensd infiltraat (geval I).

Beschrijving van het microscopisch preparaat. ¹⁾ In het centrum der sneden vindt men door hypertrophie van het epitheel eene papuleuse verhevenheid, die ook diep in het weefsel indringt. De epidermis is daar zoo breed als de gezamenlijke breedte van een zestal papillen der normale omgeving, terwijl de verdikte epidermis met eene vlakke papillooze grens op het corpus papillare rust. De zijdelingsche begrenzing van dit dikke epitheelinzinksel vertoont concave omtrekken. Een scherp begrensde, cellenrijk infiltraat omsluit het epidermale gedeelte van de papel. Vooral aan de zijde van de cutis is het infiltraat zeer dicht. Aan de onderzijde van dit infiltraat zijn wijde, geïnfiltreerde bloedvaten te zien. Het infiltraat bestaat hoofdzakelijk uit lymfocyten en fibroblasten en bevat slechts enkele plasmacellen. Buiten de papel vindt men nog enkele verspreide kleine infiltraten. Ter plaatse van het infiltraat komen in het corium vele stervormige chromatophoren voor.

Het stratum corneum is dik, bevat geen kernen. Het dringt in het midden van de papel het diepst door. Om dit centrale hoornweefsel bevindt zich een wal van korrelcellen, die veel keratohyaline bevatten, het meest in de aan de oppervlakte gelegen cellen. In het centrale deel zelf ontbreken deze cellen bijna geheel. Het stratum spinosum is bleek gekleurd; er is een intercellulair en perinucleair oedeem. Enkele epitheelcellen zijn homogeen en sterker rood gekleurd dan de andere. Het stratum germinativum, dat in het preparaat overal, ook buiten de papel, duidelijk ontwikkeld en gepigmenteerd is, wordt in de zijdelingsche gedeelten van de papel geleidelijk minder kleurbaar en verliest ook het pigment; aan de onderzijde van het platte deel van het epitheelinzinksel zijn de stekelcellen zonder zichtbare cylindercellenlaag als overgang tegen het infiltraat begrensde. De cellen van de epidermis zijn daar bijzonder groot. In de onderste epitheel laag komen enkele mitosen voor. Ook in het epitheel zijn enkele zwerfcellen te vinden.

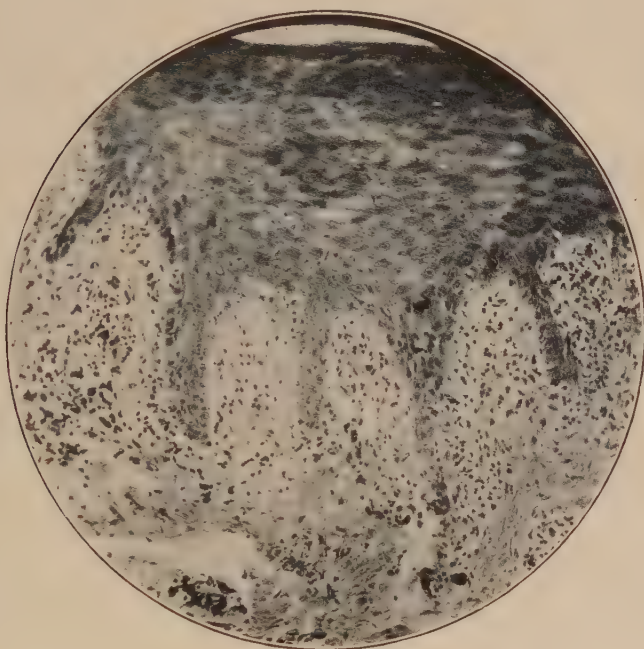
Het corium is oedemateus. Het bindweefsel is hier en daar homogeen en sterker rood gekleurd dan de rest, niet alleen ter

¹⁾ De histopathologie der in dit hoofdstuk meegedeelde gevallen werd aan met haematoxyline-eosine gekleurde preparaten bestudeerd; in een deel der gevallen zijn ook andere kleurmethode toegepast.

plaatse van de papel, doch ook in de aangrenzende deelen van het preparaat. Over een klein gedeelte hebben epidermis en corium van elkaar losgelaten.

Geval 2. Lichen planus (met afbeelding 2).

Dit geval betreft eene nerveuse vrouw van 40 jaar, bij wie de ziekte sinds 4 maanden bestaat. Aanvankelijk waren alleen de beenen aangetast, later armen en romp. Het mondslijmvlies is vrij. Er bestaat heftige jeuk. Voor onderzoek wordt eene papel met duidelijke lijnen van WICKHAM weggenomen.



Afb. 2. Lichen planus.

Dikke epidermis met dik stratum granulosum. In het midden ontbreekt de kenmerkende rangschikking van de onderste laag epitheelcellen. Lange epitheelinzinkels en dikke papillen. Het infiltraat is nagenoeg tot de papillen beperkt. Wijde vaten (geval 2).

Beschrijving van het microscopisch preparaat: Het corpus papillare is zeer oedemateus; de papillaire vaten zijn sterk verwijd. Op verschillende plaatsen zijn de bindweefselbundels gezwollen en homogeen. In het corpus papillare is een celleninfiltraat aan-

wezig, dat scherp tegenover het daaronder gelegen stratum reticulare is begrensd. Het infiltraat bestaat in hoofdzaak uit lymphocyten, verder uit fibroblasten en enkele eosinophile leucocyten; plasmacellen ontbreken. Ook in de onderste epitheelagen komen verspreide infiltraatcellen voor.

In het stratum spinosum vertoonen zeer vele cellen intracellulair oedeem, waarbij de kernen randstandig geplaatst zijn. De meeste kernen zijn halvemaanvormig, andere zijn stervormig of onregelmatig van vorm. Sommige cellen missen de kernen. In enkele epitheelcellen komen colloïde veranderingen voor. Over het geheel zijn de cellen groot, in de bovenste lagen tamelijk plat. Het stratum basale ontbreekt hier en daar. Bovendien zijn de onderste epidermislagen door oedeem en infiltraatcellen franjeachtig uiteengedrongen, waardoor eene scherpe grens tusschen de epidermis en het oedemateuse corium ontbreekt. Eene loslating der epidermis over grootere uitgebreidheid is niet aanwezig, evenmin zijn er groote lymphruimten in de epidermis.

De hoornlaag is dik en splinterig, met hier en daar enkele kernresten; ook in deze laag vindt men de holtevorming, die om de celkernen in de stekellaag voorkomt. Door het geheele preparaat heen loopt eene breede korrellaag (5 à 6 cellen dik), die op sommige plaatsen zich verbreedt tot 9 celrijen.

Geval 3. Lichen planus.

Patiënte is 30 jaar. De lichen bestaat sinds drie maanden. Er is sterke jeuk. De efflorescenties zijn over beide onderarmen verspreid. De primaire papels zijn gering in aantal; zij hebben bijna alle een kuiltje. De meeste papels zijn tot grootere schijven samengekomen. De grootste op de volaire zijde van den linker pols, heeft een cocardevorm en beslaat de oppervlakte van een gulden. Alleen in het centrum dezer cocarde, dat lager ligt dan de rand, komt hyperpigmentatie voor. In nagenoeg alle elementen zijn punten en lijnen van WICKHAM zichtbaar. Van eene grootere papel, waarin de WICKHAM-substantie eene netvormige teekening vertoonde, is een randje voor onderzoek afgenomen.

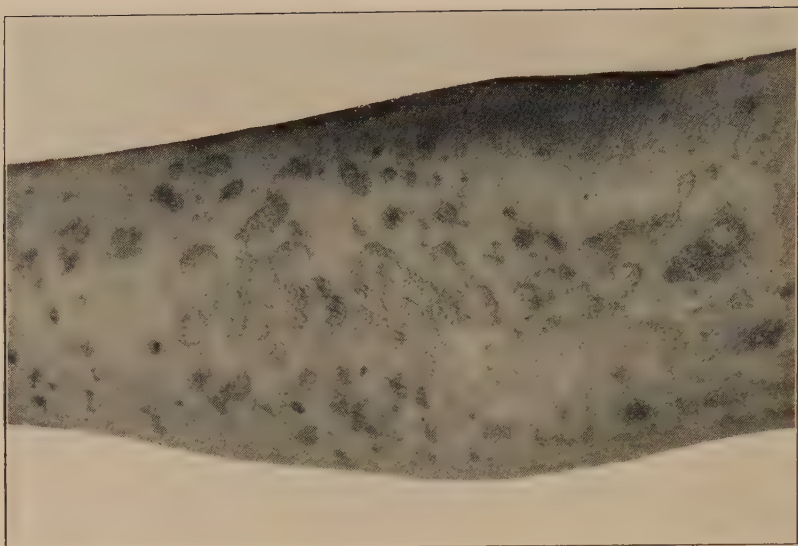
Histopathologisch onderzoek. Het stratum corneum is iets verdikt en kernloos. Bijna door de geheele papel heen is het stratum granulosum zeer breed, tot acht en meer celrijen. Het stratum spinosum is afwisselend smal en breed; de interpapillaire epitheel-

inzinksels zijn grooter dan in het normale deel van het preparaat. De papillen zijn groot en dringen op verschillende plaatsen diep de epidermis door, zoodat zij slechts door eene dunne epidermis-laag van de oppervlakte der huid gescheiden zijn. Op deze plaatsen is het stratum germinativum slecht ontwikkeld of ontbreekt. De papillen zijn gezwollen door oedeem en een overwegend uit lymphocyten bestaand infiltraat. In de subpapillaire laag is het infiltraat niet zoo sterk ontwikkeld. De ondergrens van het infiltraat is scherp.

De epidermis is intra- en intercellulair oedemateus; in enkele epitheelcellen komen vacuolen voor. Hier en daar ziet men in de epidermis enkele infiltraatcellen. De epidermis bevat weinig pigment. In het corium komen weinig chromatophoren voor. De epidermis laat niet van het corium los. Tenslotte valt nog vaatnieuwvorming en vaatverwijding te vermelden.

Geval 4. Lichen planus (met afbeelding 3).

Patiënt is 24 jaar. Hij heeft sinds 2½ maand een sterk jeukenden uitslag, die aan rechter elleboog en rechter kuit begon en zich spoedig over beide armen en beenen uitbreidde. De romp, het gelaat en het mondslijmvlies zijn vrij. De buigzijde van den rechterarm is nagenoeg geheel vrij, ook de pols; de strekzijde is zeer sterk aangetast. Er is een groot aantal papels van typischen vorm en kleur, sterk in grootte wisselend, van speldeknoop-grootte tot vier m.M. in doorsnee. Daarnaast komen door confluentie grootere papels en schijven voor. In deze grootte elementen zijn na bestrijken met vaseline, bij loupevergrooting buitengewoon fijne punten en netvormige figuren van WICKHAM te zien. Zijn op den benedenarm in de grootere papels en schijven heel fijne, weinig opvallende groefjes waarneembaar, op den bovenarm, waar de efflorescenties minder verheven zijn, valt hier en daar duidelijk eene ruitjesteekening op, die veroorzaakt wordt door twee systemen verdiepte huidgroefjes. De aandoening is hier op één plek samengedrongen, waarin eilandjes uitgespaard zijn. Er is eene lichte pigmentatie. Deze plek doet aan lichen VIDAL denken, doch er zijn in de omgeving zeer typische lichenpapels aanwezig. Links is alleen de strekzijde van den onderarm aangetast; deze geeft ongeveer hetzelfde beeld als de symmetrische plaats rechts. Op de armen ontbreekt de schilfering nagenoeg geheel; op de



Afb. 3. Lichen planus.
(Op de buigzijde van den rechter onderarm in geval 4.)

onderbeenen daarentegen komen papels en papelschijven voor, die dikke schilfers dragen; ook zijn er enkele efflorescenties met korstjes bedekt.

Histopathologisch onderzoek. De preparaten zijn van de lichen VIDAL-achtige plek op den rechter bovenarm afkomstig. De epidermis is oedemateus. Het stratum corneum is dik en vastgevoegd, het bevat geen kernen. Het stratum granulosum is overal aanwezig, met zeer talrijke plaatselijke verdikkingen; de cellen bevatten veel keratohyaline, vooral in de bovenste lagen. Het stratum spinosum is eveneens verdikt, de epitheelinzinkels zijn ongelijk van grootte. Het stratum germinativum is regelmatig gevormd. De papillen zijn door een celleninfiltraat en oedeem gezwollen. Het infiltraat is bijzonder rijk aan cellen en scherp begrensd; het bestaat uit lymphocyten en fibroblasten. Om de buiten het infiltraat gelegen vaten zijn eenige infiltraatcellen opgehoopt, ook om de bij een follikel en zweetklier behorende vaten. De vaten zijn een weinig verwijld. In de epidermis komen slechts weinig infiltraatcellen voor. Het corium vertoont hier en daar bindweefselbundels, die sterker gekleurd zijn en meer

homogeen dan de overige. De epidermis bevat heel weinig pigment, het corium enkele spaarzame pigmentcellen.

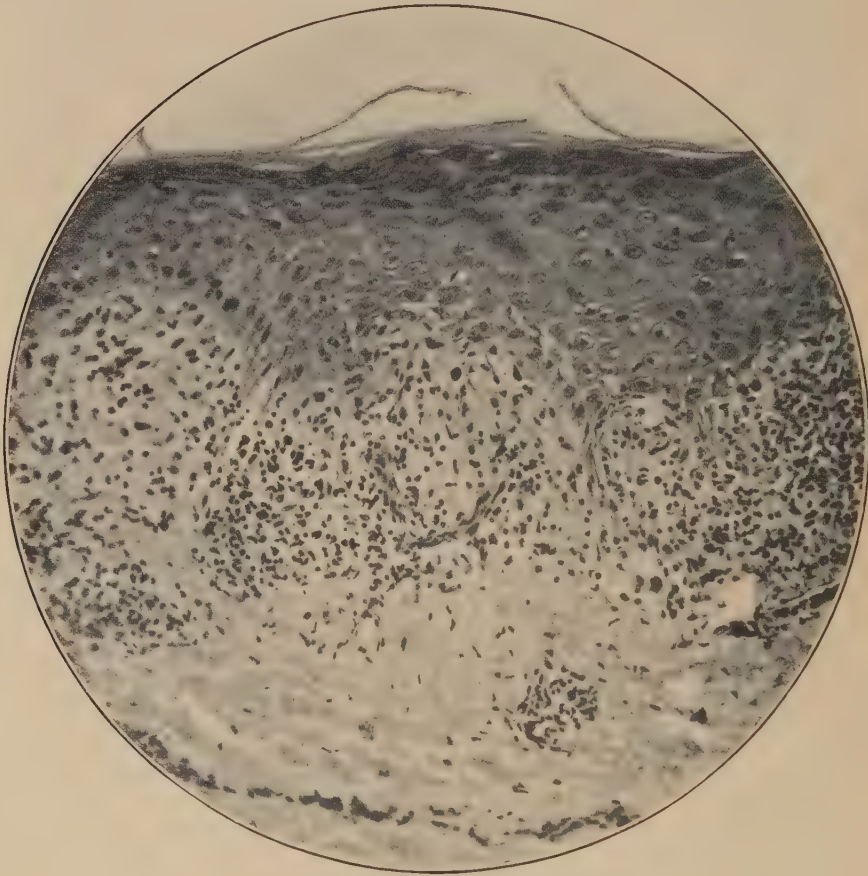
Geval 5. Lichen planus (met afbeelding 4).

Lichen planus bij een man van 48 jaar. De uitslag bestaat sinds 3 maanden en is in hoofdzaak in de lendenstreek en op den buik gelocaliseerd, weinig op de beenen en het voorhoofd. Het aantal papeltjes is zeer groot, hunne afmeting klein: zij hebben geen kuiltje. Naast polygonale komen er ook elementen met ronden omtrek voor. De kleur is bleekrose met blauwbruine bijtint. Ook zijn er reeds vele pigmentvlekjes. In heel enkele papels zijn na invetting met vaseline bij loupevergrooting uiterst fijne punten van WICKHAM waarneembaar. De neiging tot confluereen is buitengewoon gering. Behalve uit papels, bestaat de uitslag uit ovale ringen, waarvan de doorsnee varieert van enkele m.M. tot nagenoeg een c.M. Het centrum der ringen is gepigmenteerd en niet verheven, de ring heeft de kleur en de hoogte der papels. Waarschijnlijk zijn de ringen door periphere vergrooting met opvolgende centrale genezing ontstaan. Hiervoor pleit het voorkomen van een derde efflorescentietype, dat wel als overgang tusschen papel en ring beschouwd moet worden. Deze elementen zijn grooter dan de overige papels en vertoonen een fijn koordvormig randje, terwijl ook het centrum dezer papels nog boven het niveau van de normale huid verheven ligt. Eene dezer efflorescenties wordt voor onderzoek weggenomen.

Histopathologisch onderzoek. De papel is scherp omschreven in de preparaten terug te vinden. In het centrum van de papel ligt een follikel. De epidermis is iets dikker dan die van de aangrenzende normale huid. De epitheel-coriumgrens is onscherp en verloopt als eene flauw golvende lijn, de epitheelinzinksels zijn weinig ontwikkeld. Het stratum corneum is dun, zonder parakeratose. Het stratum granulosum is dikker dan in de normale huid, doch vrij gelijkmatig verdikt. Het stratum spinosum is eveneens dik, het stratum basale ontbreekt op verschillende plaatsen in de papel. Er is een sterk intra- en intercellulair oedeem. De onderste celrijen van het epitheel zijn wat homogeen. In de epidermis komen enkele infiltraatcellen voor.

Een lensvormig infiltraat van lymphocyten en fibroblasten sluit nauwkeurig tegen de epidermis aan en omvat ook den

follikel. In de dieper gelegen lagen komen verspreide perivasculaire infiltraatjes voor. Het corium is oedemateus, een deel van het bindweefsel is homogeen en sterk rose gekleurd. Er worden enkele



Afb. 4. Lichen planus.

De kenmerkende rangschikking van de cellen in de onderste epitheel laag en de epitheelinzinkels is nagenoeg verdwenen. In het corium een zeer dicht en scherp naar onder begrensd infiltraat (geval 5).

chromatophoren aangetroffen, doch ter plaatse van de papel niet meer dan in de omgeving. In de epidermis van de papel is geen pigment te vinden.

Geval 6. Lichen planus.

Patiënt, een man van 27 jaar, heeft sinds enkele maanden lichen planus op linker arm en romp: het mondslijmvlies is vrij. Behalve op de onderbeenen, waar eczeem bestaat, is de huid normaal. Op de buigzijde van den linker arm komen vele typische lichenpapels voor, de pols is vrij. Op de borst staan beiderzijds over eene handgrootte plek onder het sleutelbeen een groot aantal papels verspreid, die wel den typischen polygonalen vorm en het platte, glanzende oppervlak bezitten, doch de normale huidkleur vertoonen. Ook op den buik, vooral rond den navel, komen deze weinig opvallende papels in groot aantal voor; evenwel zijn er hier ook enkele gekleurde elementen te zien.

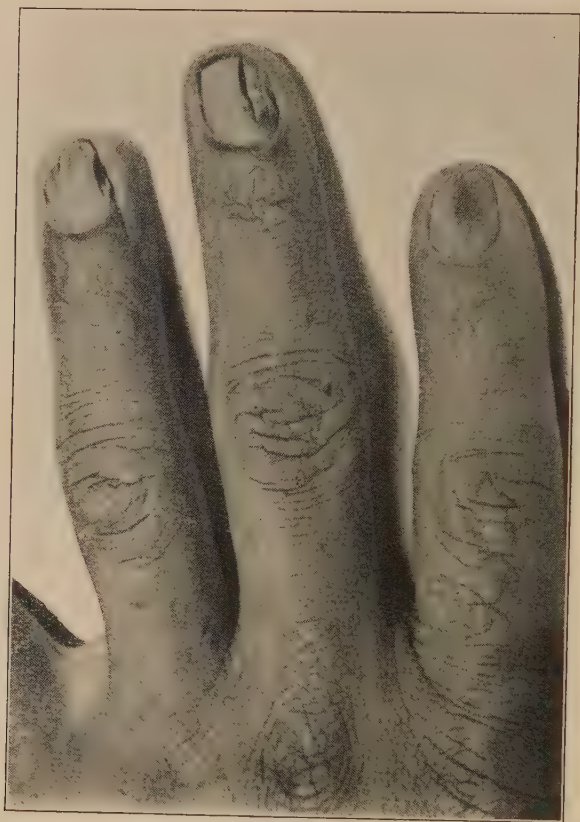
Voor histopathologisch onderzoek wordt eene papel met normale huidkleur gekozen. De epidermis is een weinig verdikt. De hoornlaag is los gevoegd en bevat geen kernen. De korrelaag is smal, met eene enkele plaatselijke verdikking. De stekellaag is duidelijk oedemateus, vooral het intercellulair oedeem valt op. In het centrum van de papel bestaat de onderste cellenrij van het epitheel uit platte cellen; hier komen geene epitheelinzinkels voor, de epidermis-coriumgrens verloopt recht. Ook het corium is oedemateus. De vaten zijn verwijd. Er is een infiltraat, dat niet bijzonder dicht is en uit lymphocyten met fibroblasten en enkele reuzecellen bestaat. Het infiltraat is aan de onderzijde scherp begrensd. In alle coupes is ter plaatse van de papel het bindweefsel homogeen en sterk rose gekleurd (hyaline ontaarding). De hyaline ontaarding is vooral direct onder de epidermis-coriumgrens zeer sterk. Waar cilindrische cellen in de onderste epitheel-laag ontbreken, komt in de epidermis in het geheel geen pigment voor; ook de epidermis van de aangrenzende huid, bevat weinig pigment. In het corium ter plaatse van de papel komen tamelijk veel chromatophoren voor.

Geval 7. Lichen planus cutis et unguium (met afbeeldingen 5 en 6).

Patiënt is 17 jaar oud. Hij heeft sinds eenige maanden een jeukenden uitslag op den linker arm; ook aan enkele nagels van de linker hand zijn de laatste maanden veranderingen ontstaan. Patiënt is een van negen kinderen, waarvan er slechts twee in leven zijn; van de zeven andere kinderen zijn vier dood geboren

en drie in het eerste levensjaar gestorven. Met het linker oog kan patiënt slecht zien, aan het rechter oog is hij geheel blind; de aandoening der oogen dateert vanaf de geboorte.

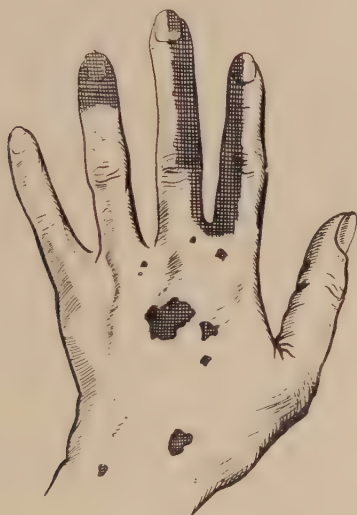
Op den linker pols komt eene enkele typische lichenpapel voor. Ook op den linkerhandrug vindt men enkele grootere en kleinere



Afb. 5. Lichen planus.
Veranderingen aan de nagels (geval 7).

papels; deze hebben eene blauwroode kleur, enkele zijn met eene dunne schilfer bedekt. De omtrek is niet polygonaal, hun oppervlak niet plat, maar flauw gebogen. Zij vertoonen neiging tot confluentie. In een deel der papels is duidelijk het symptoom van WICKHAM te vinden. Dezelfde efflorescenties worden aangetroffen

op de naar elkander toegekeerde zijkanten van den tweeden en derden vinger. Van den zijkant af breidt de aandoening zich op de strekzijde dezer vingers uit en wel bij den wijsvinger over de geheele lengte en bij den middenvinger alleen op de beide distale vingerleden. De aandoening neemt op de strekzijde dezer vingers nagenoeg de halve vingerbreedte in beslag. Ook de nagels dezer beide vingers vertoonen eene afwijking, die echter beperkt is tot



Afb. 6.

Schema van de uitbreiding der aandoening in geval 7.

de naar elkander toegekeerde helften dezer nagels, waardoor men den indruk krijgt, dat de nagelaandoening eene voortzetting is van het proces op de strekzijde der vingers (zie schema). Allleen op den middenvinger is van de zieke nagelhelft proximaal een klein deel behouden gebleven. De blootliggende huid is droog, vertoont deels een gestreept, deels een onregelmatig oppervlak. De andere helft dezer nagels is normaal. Op den ringvinger is de verhouding eenigszins anders: de strekzijde van den eindphalanx vertoont over de geheele breedte de beschreven papels en ook is de geheele nagel hier veranderd. Aan den vrijen rand en zijranden is de nagel afgebrokkeld, grijsgroen verkleurd; de nagel

is niet verdikt. Het middengedeelte is het minst veranderd. Geen enkele nagel vertoont lengtegroeven of kuiltjes. Overigens vertoont de huid geene afwijkingen; het mondslijmvlies is normaal. Een maand na het eerste onderzoek blijkt de nagelafwijking vrijwel onveranderd te zijn, op handrug en vingers vertoont de aandoening belangrijke spontane verbetering.

In de zieke nagelstof konden geen schimmelementen worden aangetoond. Stigmata van congenitale lues zijn niet gevonden. De reacties van WASSERMANN en SACHS GEORGI zijn negatief. Aan het verslag van het onderzoek, dat door den oogarts (DR. SMIT) is verricht, is het volgende ontleend: Patiënt is beiderzijds geopereerd wegens aangeboren cataract. Het rechter oog is aan opvolgende ontsteking (iridocyclitis) te gronde gegaan; het linker oog vertoont veel nastaar met een pupilletje er in ($A.V. = \frac{4 \text{ à } 5}{60}$ na correctie). De nystagmus is het gevolg van het slechte zien van de geboorte af. De hoornvliesen zijn helder.

Geval 8. Lichen ruber annularis.

De patiënt is op de Juni-vergadering van 1925 van de Nederlandsche Vereeniging van Dermatologen door LOMMEN voorgesteld. Aan het verslag dier vergadering is het volgende ontleend. Bij het eerste onderzoek in December 1924, werden aan de binnenzijde van het praeputium en in den sulcus coronarius enkele speldeknoop-groote, van elkander geïsoleerde verhevenheden gevonden; aan eenige deed zich minimale vochtscheiding voor. De uitslag deed toen aan herpes praeputialis denken. In Februari 1925 waren er enkele kleine papeltjes; de tint was meerendeels geelbruin, enkele waren gegyreerd. Er werd nu aan lichen annularis gedacht; nergens waren op de overige huid typische lichen-papeltjes te vinden, ook bestond er geen lichen planus van het mondslijmvlies. Bij een derde onderzoek in Mei waren alle plekken veel grooter geworden, alle waren gecircineerd en gegyreerd van vorm en slechts één enkel nieuw ontstaan papeltje vertoonde de kringvorming nog niet. Enkele kringen waren een eind op den glans penis voortgeschreden. De huid binnen de kringen heeft een normaal uiterlijk, de rand zelf heeft eene grijs-witte kleur en is overal gesloten. Hij is ongeveer 1 à 2 m.M. boven de aangrenzende huid verheven en ongeveer even breed.

Het meest waarschijnlijke achtte LOMMEN de diagnose lichen

annularis, doch meende hij, dat eerst eene proefuitsnijding met histologisch onderzoek elken twijfel zou kunnen opheffen. Dit onderzoek is door CAROL verricht, die zoo vriendelijk was mij een preparaat van dit geval af te staan.

Het preparaat is afkomstig van eene jonge efflorescentie. De papel is gemakkelijk te herkennen aan eene verdikking van de epidermis en een van onder scherp begrensde infiltraat. De epidermis-verdikking berust op een dik stratum spinosum; het gaat aan weerszijden in dat van normale dikte over. De epidermis vertoont een sterk intra- en intercellulair oedeem en enkele mitosen. Er komen veel zwerfcellen in voor. De onderste epidermislaag bestaat niet regelmatig uit cilindrische cellen. De epidermis-coriumgrens is hier en daar onscherp. Papillen en epitheelinzinkels zijn iets duidelijker dan in de normale huid. Het stratum corneum en het stratum granulosum zijn zeer dun; de korrelcellen bevatten weinig keratohyaline. Ook in het normale deel van het preparaat zijn de beide bovenste lagen dun. Het zeer celrijke infiltraat bestaat uit kleine lymphocyten en is buitengewoon dik. De lymphvaten zijn wijd. In het corium komen veel chromatophoren voor, de epidermis bevat geen pigment.

Geval 9. Lichen annularis.

Patiënt is een man van 31 jaar. Hij komt in Dec. 1924 met een sterk jeukenden lichen, die dan zes weken bestaat. De aandoening is beperkt tot den rug en bovenbenen; vooral in de lendestreek komt een buitengewoon groot aantal, bijzonder kleine lichenpapeltjes voor. Lijnen van WICKHAM ontbreken.

Patiënt krijgt arsenicum als aziatische pillen. In Maart 1925 is een deel der papels verdwenen, een ander deel nog duidelijk aanwezig. Er zijn enkele papelringen gevormd; bovendien bestaat er nu belangrijke pigmentatie. Deze is eind Juni nog toegenomen, maar vooral valt op, dat nu het aantal papelringen zeer groot is geworden. De vorm der ringen is soms zuiver rond, soms ovaal; zij zijn niet alle geheel gesloten. De meeste ringen zijn klein, minder dan 1 c.M. in doorsnee. Van enkele zijn de opbouwende papeltjes nog te herkennen. Van sommige is het centrum gepigmenteerd; een dezer laatste wordt voor onderzoek weggenomen.

Histopathologisch onderzoek. De microscopische preparaten zijn als doorsneden van een ring te herkennen, doordat een

gedeelte met weinig afwijkingen aan weerszijden door eene papel begrensd is; aan de buitenzijde der papels is een randje normale huid aanwezig. De epidermis is dun; in de papel iets dikker dan in de normale huid. De papillen zijn klein; zoowel door de papels als in het centrum loopt de epidermis-coriumgrens over grootere deelen gestrekt. Nergens vertoont zij loslating.

Het stratum corneum is zeer dun en bevat geene kernen. Het stratum granulosum is ééne cellenlaag dik, op eene enkele plaats in de papel iets dikker. Het stratum spinosum is dun. Het stratum basale is hier en daar in de papel niet als zoodanig te herkennen, de cellen van de onderste epidermislaag hebben daar niet den typischen vorm.

In beide papels komt een infiltraat voor, dat goed tegen de epidermis aansluit en scherp naar onder toe begrensd is. Het infiltraat bestaat uit lymphocyten en enkele fibroblasten. Er is oedeem met nogal wat holtevorming in het infiltraat. Ook in het centrum is het corium oedemateus met hier en daar groepjes infiltraatcellen. Het bindweefsel vertoont hyalinedegeneratie, het meest in het centrum van den ring.

In de epidermis der papels komen enkele lymphocyten en leucocyten voor. Er is oedeem met sterke vacuolenvorming. Op enkele plaatsen in de papel ziet het epitheel er homogeen uit en zijn de celgrenzen niet of nauwelijks te herkennen. Ook in de epidermis van het centrum zijn nog resten van inter- en intracel-lulair oedeem aanwezig.

Het stratum basale der beide papels, alsook van het centrum, bevat minder pigment dan dat der normale huid. Naast deze depigmentatie van het epitheel valt eene hyperpigmentatie van het corium op. In het corium van de aangrenzende normale huid zijn weinig chromatophoren aanwezig; in het centrum van den lichenring is niet alleen het aantal grooter, doch zij zijn hier ook donkerder gekleurd en grooter.

Geval 10. Lichen atrophicus.

Bij deze patiënte, eene Javaansche vrouw van 64 jaar, is de aandoening voor 3 maanden aan den linker pols begonnen; later kwamen er plekjes op beide onderarmen. Er is weinig jeuk.

De strekzijde van den linker onderarm is het sterkst aangetast; naast enkele afzonderlijk gelegen typische lichenpapels, komen

daar een twintigtal plekjes voor, waarbij enkele van guldengroote, de meeste ongeveer $\frac{3}{4}$ c.M. in doorsnee zijn. De groote plekken hebben een onregelmatigen, geographischen omtrek. De rand is weinig boven de omgevende huid verheven en doet aan den rand van het epithelioma margaritum denken. Het centrum van enkele der groote en van de meeste der middelgroote plekken is niet alleen lager gelegen dan de fijne rand, doch zelfs iets beneden het niveau van de omgevende normale huid. In enkele der groote plekken wordt het lager gelegen centrum door uitloopers, die van den rand in de plek binnendringen, verdeeld. Enkele der kleinere en alle grootere plekken, dragen dunne vastzittende schilfers. De kleur der ingezonken gedeelten is bruingel, die van den rand der plekken en der papels is paarsrood. Sommige plekken vertoonen lijnen van WICKHAM, duidelijker dan in den regel waargenomen wordt. Een dergelijk plekje wordt voor onderzoek weggenomen. Het wangslimvlies is vrij; op het roode deel der lippen komen fijne witte lijnen en schilfertjes voor.

Histopathologisch onderzoek. Het epitheel van het zieke huidgedeelte is tengevolge van oedeem zwak gekleurd; de aangrenzende normale huid is evenals het infiltraat duidelijk gekleurd. Het stratum corneum is smal met hier en daar parakeratose. Het stratum granulosum vertoont aanzienlijke plaatselijke verdikkingen. Behalve op een paar gedeelten, waar een enkele papil door een gering aantal rijen epitheelcellen bedekt is, is het stratum spinosum belangrijk dikker dan normaal; evenwel is deze verdikking niet gelijkmatig; de epitheelinzinkels zijn verschillend dik, wel zijn de meeste zeer lang. In het stratum basale komen enkele spaarzame mitosen voor. De onderste epidermislaag bestaat niet overal uit cilindrische cellen. Er is een sterk intra- en intercellulair oedeem, in vele cellen komen vacuolen voor. Enkele epitheelcellen vertoonen colloïde ontarding. In de onderste lagen van de epidermis worden enkele lymphocyten aangetroffen, alsmede enkele chromatophoren. Het stratum basale bevat minder pigment dan in de aangrenzende normale huid. In de bovenste coriumlaag worden veel chromatophoren gevonden, ook liggen er enkele om de vaten. De papillen worden door een infiltraat geheel opgevuld; aan de onderzijde hangen deze papillaire infiltraten met elkaar samen; de ondergrens van het infiltraat is niet zoo scherp als bij lichen gewoonlijk het geval is. Ook

om de vaten zijn infiltraatcellen opgehoopt. Het infiltraat bestaat uit lymphocyten en fibroblasten; er zijn geen plasmacellen. Naast oedeem vertoont het bindweefsel eene bijzondere sterke hyaline-degeneratie. In de haematoxylin-eosine preparaten is een deel van het bindweefsel duidelijker rose en meer homogeen dan de rest, bij de van Gieson-kleuring is een deel van het hyalinebindweefsel rood, doch het grootste deel meer bruinrood gekleurd. Met de elastinekleuring, volgens WEIGERT, is het veranderde bindweefsel donkerblauw van kleur. Het elastische weefsel blijkt behouden te zijn.

In een deel van het preparaat heeft de epidermis boven enkele naast elkaar gelegen papillen losgelaten en daardoor zijn dan gelijkvormige holten ontstaan.

Geval 11. Lichen planus et corneatus.

Een geval van typischen lichen op de extremiteiten en op het mondslijmvlies bij een man van 62 jaar. Toen patiënt voor het eerst op de polikliniek kwam, bestond de aandoening sinds 2 maanden. Op de beenen is de uitslag overwegend van het type lichen corneatus. Na langdurige behandeling met arsenicum, gevolgd door röntgenbestraling, blijven op de beenen toch nog eenige plekken over; patiënt krijgt dan alleen een jeukstillend smeersel. Een jaar nadat patiënt onder behandeling kwam, zijn er op beenen nog enkele platte papels en papelschijven over. Nu wordt een papeltje voor onderzoek weggenomen.

Histopathologisch onderzoek. De epidermis is opvallend verdikt. Deze verdikking berust op sterke ontwikkeling van het stratum spinosum, met groote epitheelzinkels; gedeeltelijk verloopt de ondergrens van deze laag recht. Het stratum corneum is niet bijzonder dik en bevat geen kernen. Het stratum granulosum is twee celrijen dik, plaatselijk tot vijf à zes rijen. De onderste epitheellaag bestaat overal uit cilindrische cellen. De epidermis-coriumgrens is niet scherp. Epidermis en corium zijn beide sterk oedemateus. In sommige gedeelten komen op de epidermis-coriumgrens kleine holten voor, die gedeeltelijk als verwijde lymphvaten, deels als door oedeem verwijde lymphspleten zijn op te vatten. Onder de epidermis wordt een weinig hooge infiltraatband aangetroffen, die in de papillen opstijgt: ook om dieper gelegen vaten zijn infiltraatcellen opgehoopt, eene zweetklier

vertoont geen infiltraat. In de epidermis worden weinig infiltraatcellen aangetroffen. Het infiltraat bestaat overwegend uit lymphocyten. De epidermis bevat weinig pigment, het corium bevat enkele chromatophoren.

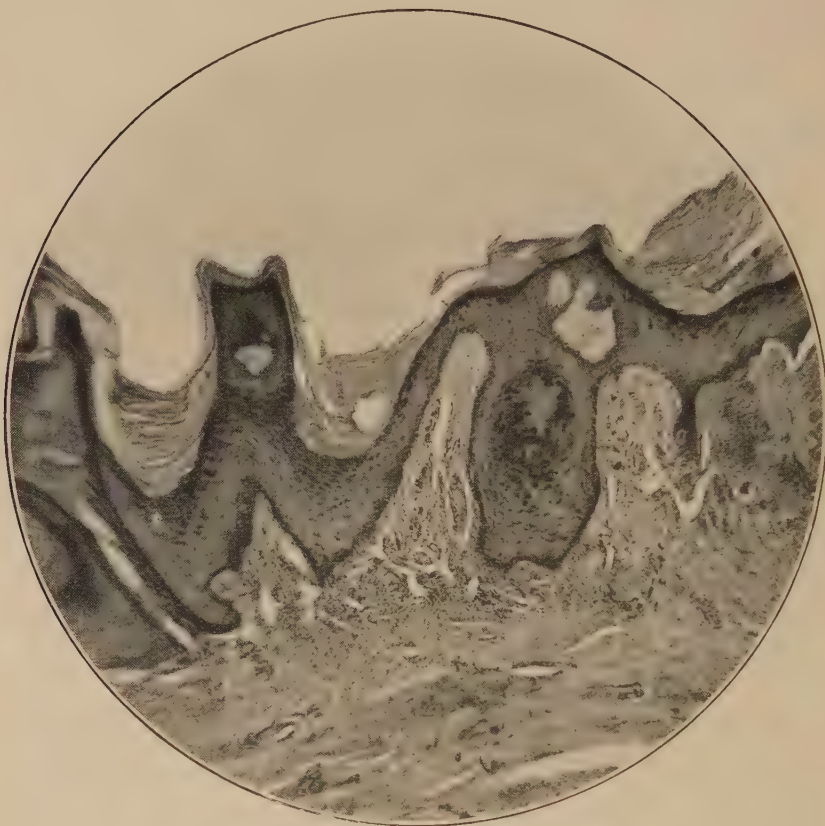
Geval 12. Lichen planus et corneatus (met afbeelding 7).

Als patiënte, eene vrouw van 56 jaar, voor het eerst onder behandeling komt, heeft zij sinds enkele weken een over het geheele lichaam uitgebreide lichen planus; reeds langen tijd voordien heeft op het rechter onderbeen eene initiale plek bestaan. In het begin der behandeling met arsenicum (aziatische pillen) ontstaan op de voetzolen blazen, die bij voortgezette behandeling verdwijnen en niet meer terugkomen. Een half jaar later bestaat op het rechter onderbeen nog een enkel plekje lichen corneatus, dat het volgend microscopisch beeld geeft.

In het midden van het preparaat komen zeer diep reikende hoornproppen voor. Deze proppen zijn uit concentrische lagen opgebouwd en bevatten geen kernen. Ter plaatse van de hoornproppen bestaat het stratum granulosum uit groote cellen met onduidelijke grenzen, die zeer onregelmatig met groote korrels keratohyaline gevuld zijn. Deze laag is afwisselend dun en dik; b.v. op een deel dat zeven cellen lang is, is de laag zes—zeven cellen dik en gaat scherp over in eene laag, die twee—drie cellen dik is. Ook de stekelcellen hebben onduidelijke grenzen. De epidermis-coriumgrens is wazig. De epitheelinzinkels zijn dikwijls spits en concaaf begrensd tegenover het corium (styloide begrenzing van UNNA).

Er zijn verder gedeelten, waar het epitheel aan de grens versplinterd is. Onder de epidermis vindt men een groot aantal bloedvaten met zeer sterk vergroote endotheelcellen; sommige vaten hebben door het sterk gezwollen endotheel een klein lumen. Ook de adventitiacellen zijn vergroot. Naast vaatrijkdom valt een infiltraat op. Ook daarin komen veel vaatcellen voor en verder mononucleaire cellen met weinig protoplasma om de kern en fibroblasten. Naar onder is het infiltraat scherp begrensd. In de randgedeelten van het preparaat, waar de epidermis minder breed is, is de infiltraatzone breder dan in het centrum. Ook in het epitheel komen enkele vervormde zwerfcellen voor. Zoowel de epidermis als het corium is flink oedemateus. Het stratum basale

bevat weinig pigment, in het corium komen enkele chromatophoren voor.



Afb. 7. Lichen corneatus.

Diep reikende hoornproppen. Stratum granulosum afwisselend dun en dik. In het corium vele vaten en een scherp begrensd infiltraat (geval 12).

Geval 13. Lichen planus acuminatus et corneatus.

Patiënt is 36 jaar. Hij heeft sinds acht maanden een huiduitslag, die met veel jeuk gepaard gaat. Het midden van den linker onderarm was het eerst aangetast; later breidde de uitslag zich ook op den anderen arm en op den romp uit. In zijne familie komen geen huidziekten voor.

Zijne polsen zijn vrij. Op de buigzijde der onderarmen staan

platte lichenpapels verspreid. Op de strekzijde van den linker onderarm komen op eene handgroote plek naast verspreide papels, ook papelgroepen en guldengroote schijven voor, die door confluentie van papels ontstaan zijn. Naast platte papels vindt men daar enkele kleine spitse. De schijven zijn van het type lichen corneatus. Op den buik, borst en lendestreek staan enkele papels verspreid. Op den buik is een deel der papels polygonaal, een ander deel rond. De ronde papels hebben eene middellijn van ongeveer $\frac{1}{2}$ c.M.; zij hebben een fijn, witrose randje met wat donkerder centrum, dat iets ingezonken is. Slechts in eene enkele papel op den buik gelukt het lijnen van WICKHAM te vinden. Op bovengenoemde plaatsen is geen hyperpigmentatie aanwezig.

De huid van penis en scrotum is bijzonder sterk gepigmenteerd. Daar komen naast enkele verspreid staande, kleine papels, zeer talrijke ronde en ovale plekken voor met glanzend, parelmoerkleurige rand. De breedte van dezen rand is veel geringer dan de diameter der omliggende papels. Het centrum dezer plekken is blauwbruin van kleur en duidelijk verdiept bij den rand. De doorsnee dezer efflorescenties is $\pm$ een c.M. In de crena ani komen talrijke papels voor; op de huid rond den anus, evenals op het anaalslijmvlies, vindt men witte punten, lijntjes, lijnvormige figuren en vlekken. Het mondslijmvlies is vrij.

Histopathologie. Het microscopisch preparaat is gemaakt van een tweetal platte papels op de borst van gelijken bouw. De epidermis is in het centrum der papels zeer dik, naar de peripherie smal. De verdikking berust op een dik stratum granulosum (tot negen celrijen) en een dik stratum spinosum. In het centrum bestaat ook de onderste epitheel laag uit platte cellen. Het stratum corneum is overal smal en kernloos. De epitheelinzinkels zijn dun en kort, de papillen breed, waardoor eene arcadeachtige grens van epitheel en corium ontstaat. Aan de peripherie van de papels zijn de gezwollen papillen door eene dunne epidermis bedekt. Tegen de epidermis aan ligt een naar onder toe scherp begrensd lymphocyteninfiltraat. Ook om de wijde vaten komen celinfiltraten voor. In de epidermis zijn enkele vervormde infiltraatcellen te vinden. Epidermis en corium zijn beide oedemateus. In het corium komen nogal wat chromatophoren voor, de epidermis bevat nagenoeg geen pigment.

Geval 14. Lichen cutis et mucosae (met afbeelding 8).

Patiënt is 22 jaar oud. De uitslag bestaat sinds zeven weken en is voornamelijk op de extremiteiten gelocaliseerd. Bijzonder duidelijk zijn in vele papels de lijnen van WICKHAM. Ook het roode deel der lippen en het mondslijmvlies zijn aangetast; vooral op het wangslimvlies komen veel witte punten, vlekjes en netvormige figuren voor. Voor onderzoek wordt een vlekje op het tandvleesch van de onderkaak gekozen.

Histopathologisch onderzoek. In de coupes is het oppervlak



Afb. 8. Lichen mucosae

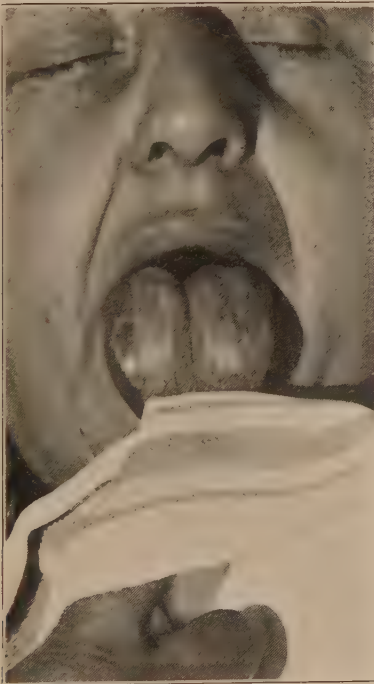
Dikke epidermis met duidelijk stratum corneum en stratum granulosum. In het corium een infiltraat en veel vaten (geval 14).



Afb. 9.

Configuratie van den lichen op het wangslimvlies
in geval 15.

van het slijmvliesstukje niet recht, maar sterk gebogen. De ondergrens van de zeer dikke epitheellaag verloopt gedeeltelijk evenwijdig aan het oppervlak, op andere plaatsen zijn epitheelinzinksels aanwezig, die meerendeels groot zijn, de papillen zijn lang. Er is eene duidelijke hoornlaag aanwezig; deze bevat geen kernen. Door het geheele preparaat heen loopt een stratum granulosum, dat eene tot twee celrijen dik is, doch plaatselijke verdikkingen tot zes en meer celrijen vertoont. Het stratum spinosum bestaat uit een groot aantal rijen cellen. De onderste epitheellaag



Afb. 10.

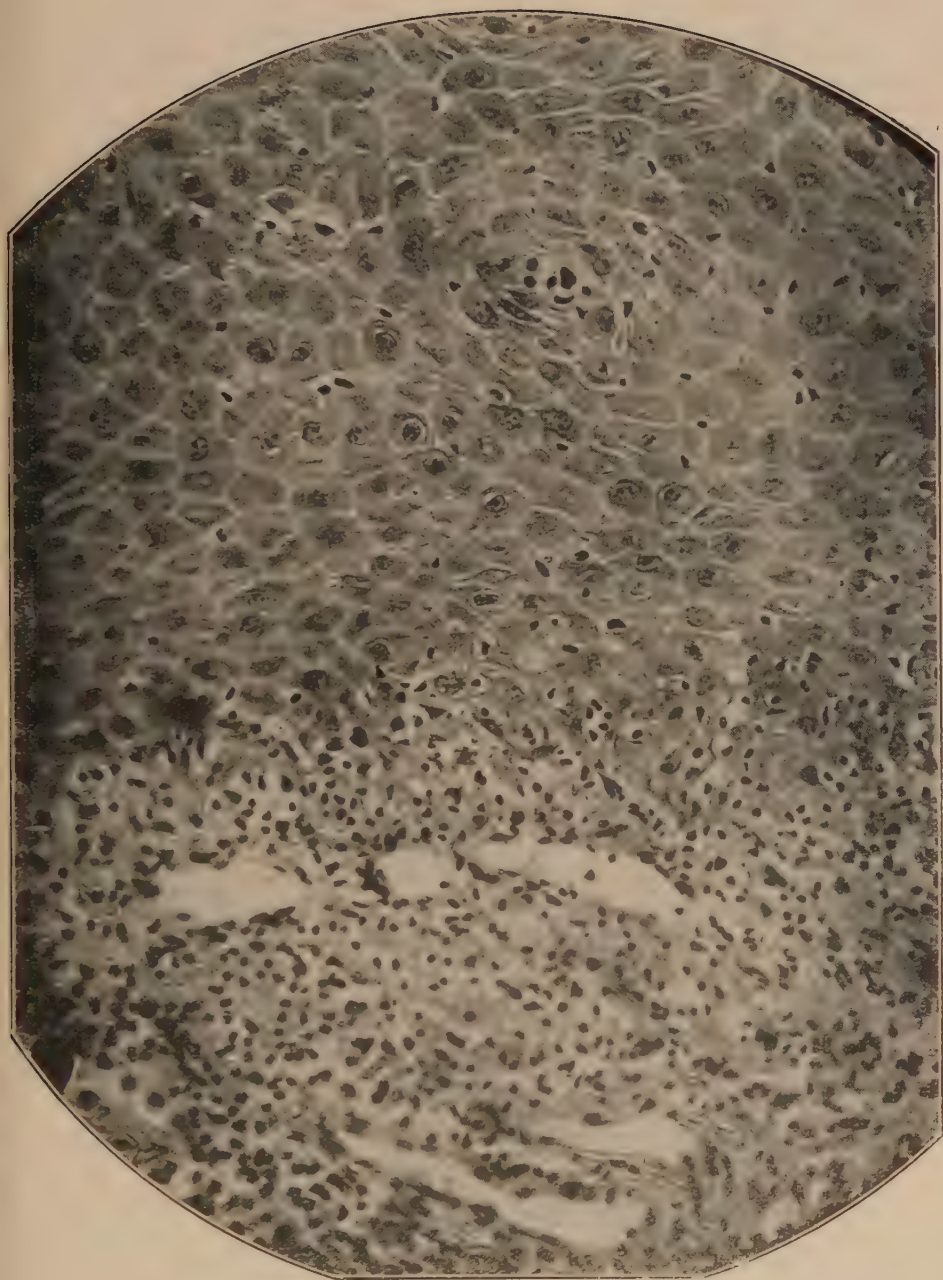
Lichen planus van de tong (geval 15).

bestaat uit eenigszins cilindrische cellen, welke geen pigment bevatten. Het epitheel vertoont een inter- en intracellulair oedeem, het bindweefsel is eveneens oedemateus. Er zijn opvallend veel nieuwgevormde bloed- en lymphvaten. De vaten zijn wijd. Papillair en subpapillair komt een infiltraat voor, dat naar onder vrij scherp begrensd is. Ook om dieper gelegen vaten komt infiltraat voor. Het infiltraat bestaat in hoofdzaak uit lymphocyten. In het epitheel komen enkele zwerfcellen voor. In epitheel en bindweefsel zijn geen groote holten gevormd, noch heeft het epitheel plaatse-lijk van de onderlaag losgelaten.

Geval 15. Lichen cutis et mucosae (met afbeeldingen 9, 10 en 11).

Patiënte is eene zeer nerveuse vrouw van 57 jaar. Sinds een paar jaar heeft zij een plekje op de achterzijde van het linker bovenbeen. Af en toe heeft zij uitslag op de polsen gehad. Sinds acht maanden is er eene afwijking op de tong, terwijl het wang-slijmvlies reeds langer aangetast is. Zoo nu en dan veroorzaken de plekken in den mond een branderig gevoel.

Het plekje op het been is een rond, blauwrood lichenplekje, ter grootte van een dubbeltje, met duidelijk atrophisch centrum. Behalve eene enkele veel minder gekleurde lichenpapel op den rechter pols, waarin eene aanduiding van lijnen van WICKHAM, is de huid overigens normaal. Over het slijmvlies van de linker wang loopt eene gegolfde lijn met enkele zijlijntjes en een vlekje, zooals op afbeelding 9 is weergegeven. Deze lijnen hebben de typische blauwwitte kleur van slijmvlieslichen. Op den tongrug komen twee symmetrisch geplaatste, ongeveer ovale plekken voor. Zij zijn even groot ($1\frac{1}{2} \times 3$ c.M.). De rand dezer plekken vertoont uitbochtigen en wordt gevormd door eene fijne lijn van dezelfde kleur als die op het wang-slijmvlies. Ook in het centrum komen fijne vlekjes van deze kleur voor. De kleur van het geheel wijkt van het normale gedeelte af: zij is minder rood, waarbij de rand en de andere witte plekjes afsteken. Het niveau der beide plekken ligt duidelijk iets lager dan dat der omgeving. De papillen ontbreken, het oppervlak ziet glad. In tegenstelling met die gladheid valt op, dat men bij het strijken met eene spatel den indruk krijgt of er fijne puntjes op zitten, terwijl men dit op normale deelen van de tong niet heeft. Bij loupevergrooting



Afb. 11. Lichen mucosae.

In de epidermis wijde intercellulaire ruimten. Tegen de epidermis aan een dicht infiltraat. Zwerfcellen in de epidermis (geval 15).

is duidelijk waar te nemen, dat in de zieke plekken hier en daar groepjes papillen overgebleven zijn. Deze papillen zijn plat, sommige zijn met een fijnen hoornstekel bedekt.

Histopathologisch onderzoek. De coupes vervaardigd uit een stukje van het zieke weefsel uit den rand der tongaandoening zijn lang en smal. De ondergrens loopt door een celleninfiltraat. In het midden der coupes, waar de onderrand van de hier zeer dikke epidermis nagenoeg recht verloopt, is het tegen de epidermis gelegen infiltraatrandje maar smal. Aan de rand van het preparaat, waar duidelijk epitheelinzinksels en papillen aanwezig zijn, ligt een dik infiltraat. Het infiltraat, dat bijna uitsluitend uit lymphocyten bestaat, ligt overal direct tegen de epidermis aan; de ondergrens van het infiltraat is in de coupes niet aanwezig. Ook in de epidermis komen enkele zwerfcellen voor. Omdat in het preparaat zoo weinig bindweefsel aanwezig is, is niet na te gaan of er hyalineveranderingen zijn. De vaten zijn talrijk en wijd. Er is een sterk inter- en intracellulair oedeem, waardoor de ondergrens van de epidermis hier en daar wazig is. In zeer vele epitheelcellen komt eene vacuole voor. Aan den rand van het preparaat, waar oedeem en infiltraat minder sterk zijn, is eene aanduiding van basale rangschikking der onderste epitheelcellen; in het midden bestaat de onderste epitheellaag ook uit platte cellen. Nagenoeg door het geheele preparaat heen loopt eene dunne keratohyaline-laag, die geene circumscripte verdikkingen vertoont. De korrelcellen bevatten matig veel keratohyaline. De hoornlaag is dun met hier en daar parakeratose.

Geval 16. Lichen cutis et mucosae (met afbeelding 12).

De patiënt is 47 jaar. Sinds vijf weken bestaat een zeer uitgebreide lichen van het mondslijmvlies. Op de lippen, wangen, zachte verhemelte, tandvleesch, alsmede op de bovenzijde en randen van de tong komen zeer talrijke blauwwitte punten en kleine en grotere vlekken voor, waarvan sommige duidelijk verheven zijn.

Behalve een aantal sterk glanzende lichenpapels en enkele ringen op glans penis en praeputium, die patiënt eerst de laatste week opgemerkt heeft, is de huid overigens normaal.

Histopathologisch onderzoek. Een plekje van het wangslimvlies geeft het volgende beeld: De epidermis is dikker dan normaal.



Afb. 12. Lichen mucosae.
Holtenvorming op de grens van epitheel en bindweefsel (geval 16).

Het stratum corneum is niet bijzonder dik, vastgevoegd en bevat spaarzaam kernen. Het stratum granulosum is ongelijkmatig, op eene enkele plaats zelfs meer dan tien cellen dik. Het stratum spinosum is zeer breed; de cellen van de onderste epitheellaag zijn wat minder plat dan de bovenliggende. De grenslijn tusschen epitheellaag en bindweefsellaag loopt flauw gebogen, hier en daar is nog eene aanduiding van een epitheelinzinksel. Tegen de epidermis aan ligt een dicht, scherp naar onder toe begrensd infiltraat, dat in hoofdzaak uit lymphocyten en daarnaast uit fibroblasten bestaat. Ook in de epidermis komen hier en daar enkele infiltraatcellen voor. Zoowel het epitheel als het bindweefsel is oedemateus, de vaten zijn verwijd. Op eene plek in het onderste deel van de epidermis komen enkele naast elkaar gelegen kleine holten voor met daaromheen lymphocytenuphooping. Deze holtevorming is op serie te vervolgen, waarbij blijkt, dat die holten zich vereenigen en uitstrekken naar de epidermis-corium-grens. Tusschen de epitheelcellen aan de rand van de holte loopen enkele protoplasmadraden. Eene fibrinekleuring is niet gedaan.

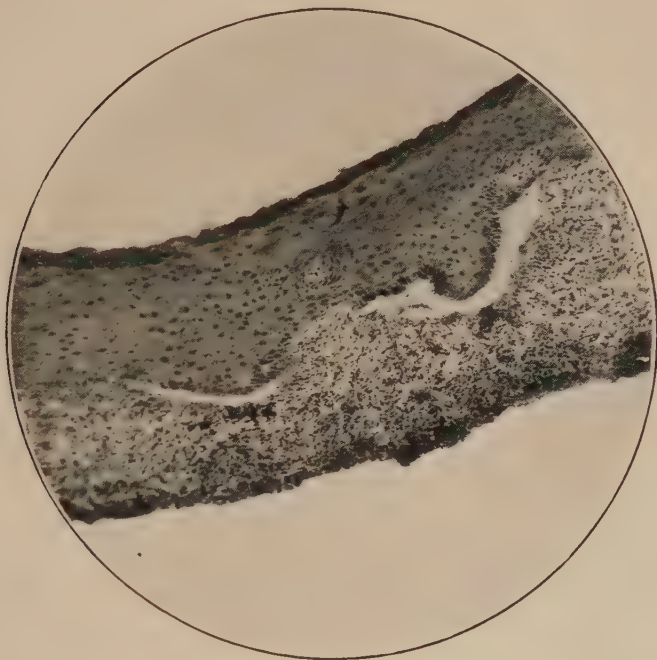
Geval 17. Lichen mucosae (met afbeelding 13).

Patiënt is een man van 46 jaar. In September 1925 had hij een lichen corneatus aan de onderbeenen en bovendien eene aan-doening van het mondslijmvlies. Beiderzijds kwamen op het wang-slijmvlies, in hoofdzaak tusschen de tandrijen van boven- en onderkaak, talrijke blauwwitte en witte plekje's en vele kleine erosies en ulceraties voor. Er was eene aanduiding van eene mozaïekachtige teekening in de plekje's. Afzonderlijke witte punten of lijntjes waren niet aanwezig. Verder kwam op den tongrug een enkel wit vlekje voor. De reactie van WASSERMANN was negatief.

Na de behandeling met arsenicum is de huidaandoening genezen, de slijmvliesafwijking bleef eerst vrijwel onveranderd bestaan en veroorzaakte patiënt een hinderlijk brandend en pijnlijk gevoel. Gedurende langen tijd heeft hij daarom regelmatig den mond gespoeld en de zieke plekken met perubalsem bestreken. De laatste maanden is de slijmvliesafwijking wat teruggegaan en zijn de ulceraties nagenoeg verdwenen. In September 1926 werd een plekje van het zieke wang-slijmvlies voor onderzoek weggenomen. Later werden bij sterke belichting en met behulp van

eene loupe op zieke plekken van het slijmvlies nog kleine scherpe ulcera waargenomen, die voor het bloote oog onzichtbaar waren.

Histopathologisch onderzoek. De epidermis is dikker dan normaal. De ondergrens verloopt nagenoeg evenwijdig aan het oppervlak, slechts hier en daar wordt een enkel epitheelinzinksel aangetroffen. De hoornlaag is smal en bevat enkele kernen. Door het geheele preparaat heen loopt eene tamelijk dikke korrellaag, die vrijwel overal even dik is; de hoeveelheid keratohyaline in



Afb. 13. Lichen mucosae.

Spleetvormige holten op de grens van epitheel en bindweefsel (geval 17).

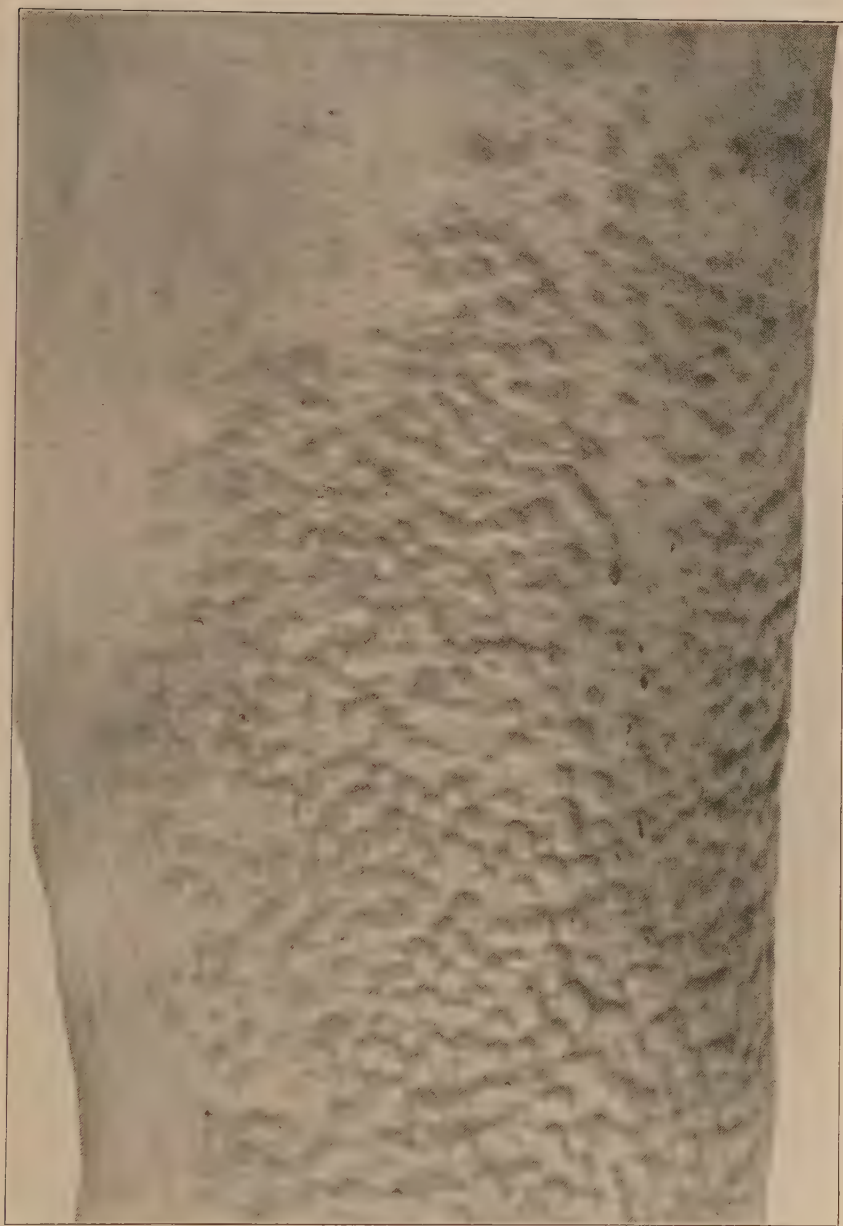
de cellen is niet heel groot. Het stratum spinosum is verdikt. De geheele epidermis is zeer sterk oedemateus, vooral intracellulair. Tegen de epidermis aan ligt een zeer dicht en dik infiltraat, dat overwegend uit lymphocyten bestaat. Ook het bindweefsel vertoont een sterk oedeem. Juist op de grens van epidermis en corium komen ongelijke groote, langgerekte, smalle holten voor, waarin

een enkele protoplasmadraad en infiltraatcel aangetroffen wordt. Ook eene fibrinekleuring leert geene andere inhoud kennen. De spleetvorming is op serie te vervolgen. Ook in het bindweefsel is eene neiging tot holtevorming waar te nemen.

Geval 18. Lichen obtusus (met afbeeldingen 14, 15 en 16).

Dit geval betreft een 49-jarige koetsier, die sinds meer dan 20 jaar eene jeukende aandoening uitsluitend aan de onderbeenen heeft. Het linker been vertoonde de afwijking het eerst, nadat patiënt eenigen tijd te voren tegen dit been een trap van een paard had gekregen. Zes jaar later werd ook het rechter been aangetast. Verder is patiënt gezond; in de familie kwam nooit eene huidziekte voor.

Links reikt de aandoening van boven de enkels tot een paar vingerbreed onder de knieschijf, het rechter been is over eene ongeveer 1.5 d.M. breede strook aangetast, waarbij de achterzijde nagenoeg geheel vrij is. Ook links is de voorvlakte het sterkst aangetast. De zieke huid is met een zeer groot aantal blauwroode en bruine papels bezet, die bijna alle den vorm van een bolsegment hebben, waarbij van eene enkele de omtrek niet rond, maar ovaal is. Er zijn ook enkele platte papels; hun omtrek is niet polygonaal, doch eveneens rond. Naast wat kleinere en grootere is de meerderheid der elementen van nagenoeg gelijke afmeting (diameter 4 tot 5 m.M.; de grootste diameter is 6 m.M.; hoogte 3 m.M.). Enkele papels dragen op het hoogste punt een klein doornvormig schilfertje, sommige zijn met een bloederig korstje bedekt. Vele zijn van eene centrale delle voorzien, waaruit zich niets laat uitdrukken, noch met een naald iets laat verwijderen. Lijnen van WICKHAM zijn niet aanwezig. De papels staan zeer dicht naast en tegen elkaar, op eene enkele plaats in evenwijdige lijnen gerangschikt, die dwars om het been verlopen. Hier en daar zijn papels geconflueerd. In dit opzicht is er verschil tusschen beide beenen. Op het rechter been is de confluentie gering en zijn de opbouwende papels duidelijk te herkennen; zoo zijn er haltervormige figuren, die uit twee papels zijn ontstaan. Links wordt vooral het bovendeel der aandoening gevormd door afzonderlijke papels, die op diffuus gepigmenteerde huid dicht bijeen staan; op de onderste helft van dit been komen enkele verspreide papels voor, doch het grootste deel der huid is daar diffuus aangetast,



Afb. 14. Lichen obtusus.
(Op het rechter onderbeen in geval 18.)

waarbij de oorspronkelijke elementen niet of nauwelijks meer te herkennen zijn. De kleine uitgespaarde plekjes zijn sterk gepigmenteerd. De diffuus aangetaste huid is weinig verdikt in vergelijking met de hoogte der papels, meer blauwachtig getint dan deze en vertoont fijne schilfering. Op het bovendeel van dit been komen verspreide papelgroote pigmentvlekjes voor; behalve pigmentatie vertoonen deze vlekjes fijne plooitjes, de huid is daar atrophisch. Volgens patiënt zijn deze vlekjes de resten van verdwenen papels. Op beide beenen komen veel varices voor. Het mondslijmvlies is normaal.

Histopathologisch onderzoek. De epidermis blijkt niet bijzonder dik te zijn. Het stratum corneum is verdikt met hier en daar enkele kernen. Een follikel is door eene groote hoornmassa opgevuld. Het stratum granulosum is onregelmatig verdikt. De epitheelinzinkels zijn ongelijk groot, de papillen van het corpus papillare breed. Tegen de epidermis aan ligt een in hoofdzaak papillair en subpapillair infiltraat, dat ook de follikel geheel omvat. De ondergrens van het infiltraat is scherp. In de omgeving van de papel komen enkele perivasculaire infiltraten voor. Het infiltraat bestaat uit lymphocyten en fibroblasten, de eerste in overwegend aantal, bovendien eenige leucocyten en plasmacellen, en enkele reuzecellen. Ook in het epitheel komen enkele zwerfcellen voor. Er zijn enkele mitosen in epitheel- en in infiltraatcellen. Het stratum basale van de aangrenzende epidermis bevat bijzonder veel pigment, ter plaatse van de papel bevat het minder. In het corium komen talrijke chromatophoren voor. De epidermis vertoont intra- en intercellulair oedeem met geringe vacuolevorming; ook het corium is oedemateus. Verder valt vaatverwijding op, benevens vaatnieuwvorming. Ter plaatse van het infiltraat is er meer hyalinedegeneratie dan elders in het bindweefsel. Er blijkt niets van een verband met een zweetporus, evenwel is de papel niet op serie gesneden.

Een later verwijderd huidstukje is in 10 pCt. formaline gefixeerd. De coupes hiervan geven vrijwel hetzelfde beeld. Blijkbaar is niet loodrecht op het oppervlak gesneden, want in de preparaten, waarin twee naast elkaar gelegen papels te herkennen zijn, komt in het centrum van elk der papels een tweetal naast elkaar gelegen epitheelklompen voor, die geen samenhang met de bedekkende epitheel laag vertoonen. In een met sudan III gekleurd

preparaat worden in de epitheelcellen van de basale laag, maar vooral in die der dieper gelegen epitheelklompen een groot aantal oranjerode korrels aangetroffen. Ook in de wanden der papillaire vaten en van de vaten in de omgeving van het infiltraat komen deze korrels voor. In enkele der vaten zijn vervormde, geelachtig gekleurde bloedlichaamjes zichtbaar. In de infiltraatcellen en in de verder van het infiltraat gelegen vaten komen de lipoïdkorrels niet voor. Zij zijn in de vaatwanden minder grof dan in de epitheelcellen. Bij onderzoek met het polarisatiemicroscop is geen dubbele breking waar te nemen.



Afb. 15. Lichen obtusus.

Hyperkeratose. Ongelijkmatig verdikt stratum granulosum. Papillair en subpapillair infiltraat (geval 18).

Geval 19. Lichenoides salvarsandermatitis (met afbeeldingen 17, 18 en 19).

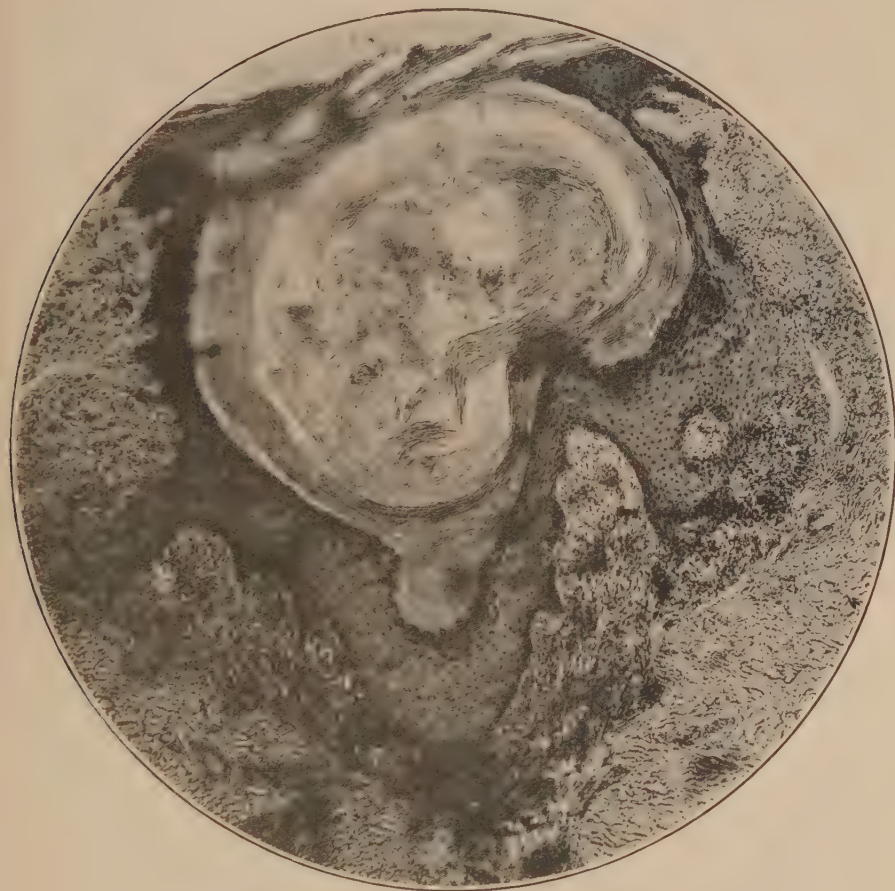
Patiënt is een man van 29 jaar; hij komt op 1-8-'24 onder behandeling voor lues (primair affect, maculeus exanthem en sterk positieve reacties van WASSERMANN en van SACHS-GEORGI). Als eerste kuur krijgt hij 5 gram neosalvarsan intraveneus met 530 mgr. kwik als huile grise. Deze kuur eindigt 24 October; half November zijn de bloedreacties negatief; 28 November wordt eene tweede gecombineerde kuur begonnen. Nadat reeds eene week lang jeuk vooraf gaat, komt op 5 Januari 1925 op de armen een uitslag te voorschijn. Patiënt heeft dan 3150 mgr. neosalvarsan en ook weer kwik gehad. De behandeling wordt gestaakt. De uitslag ontwikkelt zich verder; spoedig zijn de polsen aangetast, ook op de romp en beenen breidt de uitslag zich uit; het laatst, begin Februari, komt hij op de handpalmen.

Een dergelijke uitslag heeft patiënt vroeger nooit doorgemaakt, evenmin zijne ouders en zuster.

Het grootste deel van de huid is aangetast. Op romp en armen zijn slechts hier en daar kleine plekjejes uitgespaard. Buig- en strekzijde der armen zijn even sterk aangetast. Op een enkel plekje in de linker slaapstreek na is het gelaat geheel vrij. De beenen zijn niet zoo diffuus aangetast als de romp. In tegenstelling met de handpalmen zijn de voetzolen geheel vrij. De huid op het middendeel van de penis is zeer sterk aangetast; op de glans penis zijn slechts enkele efflorescenties aanwezig. Het mondslijmvlies is normaal.

De uitslag bestaat uit weinig verheven, platte, polygonale papeltjes. Hier en daar is eene hoogere papel te vinden; sommige papels hebben een ronden omtrek. De kleur is rood met blauwbruine bijtint. Vele papels hebben een glanzend oppervlak. De meeste papels zijn met eene fijne schilfer bedekt; sommige zijn door een schilferkraagje omgeven. Op rug en armen worden ook schilferkorstjes aangetroffen. Op het grootste deel van den romp zijn door confluentie en schilfering de afzonderlijke efflorescenties niet meer te onderscheiden; de papelgrootte varieert hier van een speldeknoop tot 4 m.M. in doorsnee. Op de handen en armen, de beenen en rondom de genitalia zijn de papels over het algemeen wat grooter. Op het middendeel van de penis zijn de papels niet plat, maar bol en wat hooger dan de andere; deze papels hebben

eene sterk blauwachtige tint. De weinige efflorescenties op de glans penis zijn plat. Ook op de handruggen zijn de papels flink verheven: zij hebben het typische „planus” karakter: de bijzondere kleur, polygonalen omtrek en centrale delle, sommige met duidelijke lijnen en punten van WICKHAM. Er komen enkele papels voor, waarin een blaasje aanwezig is. De papels zijn hier solitair, in groepen vereenigd of tot papelschijven geconflueerd; op de linker hand zijn papels boven eene vena lineair gerangschikt. De solitaire



Afb. 16. Lichen obtusus.

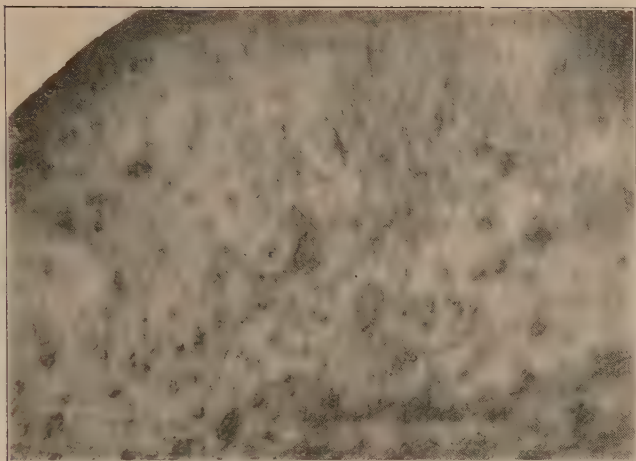
De follikelmond is door eene groote hoornmassa opgevuld. Ongelijk dik stratum granulosum. Perifolliculair infiltraat (geval 18).

napels zijn niet met schilfers bedekt, de papelschijven wel. Er is geene hyperpigmentatie.

Voor onderzoek worden twee naast elkaar gelegen papels op den rechter handrug weggenomen, eene groote en eene kleine. De laatste vertoont geheel de kleur der lijnen van WICKHAM, terwijl de groote papel voor het grootste deel die kleur vertoont met daarin slechts kleine stipjes van de gewone papelkleur.

Histopathologisch onderzoek. Aan een der uiteinden van het preparaat ontbreekt een gedeelte van de epidermis, alsof het van de rest van het epitheel is afgescheurd en uit de gezwollen papillen is weggetrokken. Het preparaat geeft in alle coupes in hoofdzaak hetzelfde beeld, n.l. een infiltraat, gepaard gaande met zeer sterke verwijding van bloed- en lymphvaten, hetwelk zich juist bevindt tusschen de epidermis en het stratum reticulare. Ook de ondergrens van het infiltraat is scherp. Door het geheele infiltraat zijn nog de met endotheel bekleede vaten der papillen te zien. De epitheelinzinksels zijn smaller naar gelang het oedeem en infiltraat sterker zijn. Op de plaats waar oedeem en infiltraat het sterkst zijn, ontbreken de inzinksels geheel. De grens van het corpus papillare en de epidermis loopt daar evenwijdig met de oppervlakte. Bindweefselvezels zijn in het infiltraat nauwelijks te zien. Slechts een fijn reticulum is onder de epidermis nog aanwezig. Ook het onderste deel van het infiltraat is nagenoeg vrij van bindweefsel en voor zoover aanwezig is het ontaard. Het is homogeen, sterk rose gekleurd in de haematoxyline-eosine preparaten, helrood in de volgens van GIESON gekleurde preparaten. Ook een deel van het bindweefsel van de pars reticularis vertoont deze afwijkingen. Hier zijn nog slechts enkele perivasculaire infiltraten te vinden.

De epidermis is door eene vezelachtige hoornlaag bedekt. Deze is ongelijkmatig verdikt, het dikst boven plaatsen met veel korrelicellen. Zij bevat geen kernen. De korrellaat is op afwisselende plaatsen 2—5 cellen dik. De stekellaag is sterk oedemateus; zij vertoont holten tusschen de cellen en ook intracellulair perinuclear oedeem. Waar holten gevormd zijn, vindt men vaak eene randstandige platte kern. De kleurbaarheid van deze spoelvormige, staafjesvormige kernen in de epidermis komt overeen met gelijkvormige kernen in het infiltraat, terwijl de epitheelkernen lichter gekleurd zijn. De cilindercellenlaag ontbreekt meestal boven de



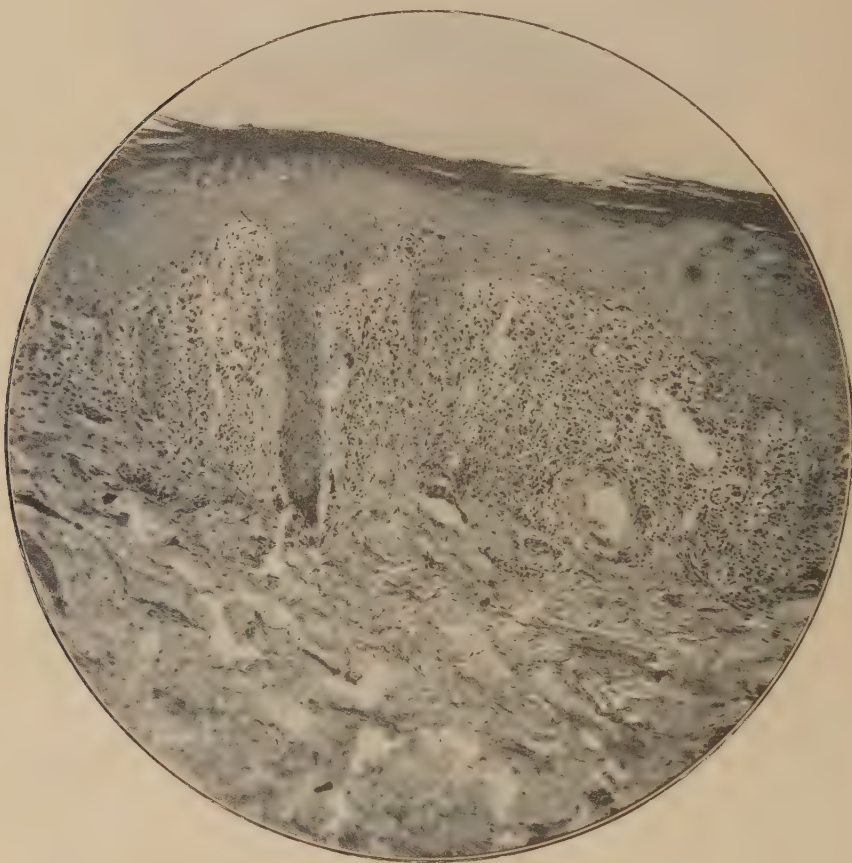
Afb. 17. Lichenoïde salvarsandermatitis.
Platte papels op den handrug (geval 19).

papiltoppen, doch is in de epitheelinzinksels min of meer regelmatig aanwezig. Door het geheele preparaat heen is de epidermis-coriumgrens zeer wazig.

Het infiltraat, ook op de meest dichte plekken, is gekenmerkt door een groot aantal holten. Deze holten zijn meest vaatlumina en door endotheel met ovale kernen regelmatig bekleed of eenvoudig weefselspleten door homogene bindweefselbundels van elkaar gescheiden. De cellen in het infiltraat zijn het talrijkst in het onderste gedeelte. Zij zijn grootendeels van het karakter van kleine lymphocyten, mononucleair, met weinig protoplasma en ronde vorm. Voor een klein gedeelte zijn het cellen, die op jonge bindweefselcellen gelijken, spoelvormige cellen met ovale kernen. Verder komen er enkele chromatophoren voor. De papillen, die nog in het infiltraat aanwezig zijn, vertoonen groote holten, en zijn sterk gezwollen, zoo zelfs, dat op sommige plaatsen gedeelten van de epidermis afgesnoerd worden. In het gedeelte van het preparaat, waar de epidermis ontbreekt, bevinden zich tusschen de gezwollen papillen enkele epitheeileilanden.

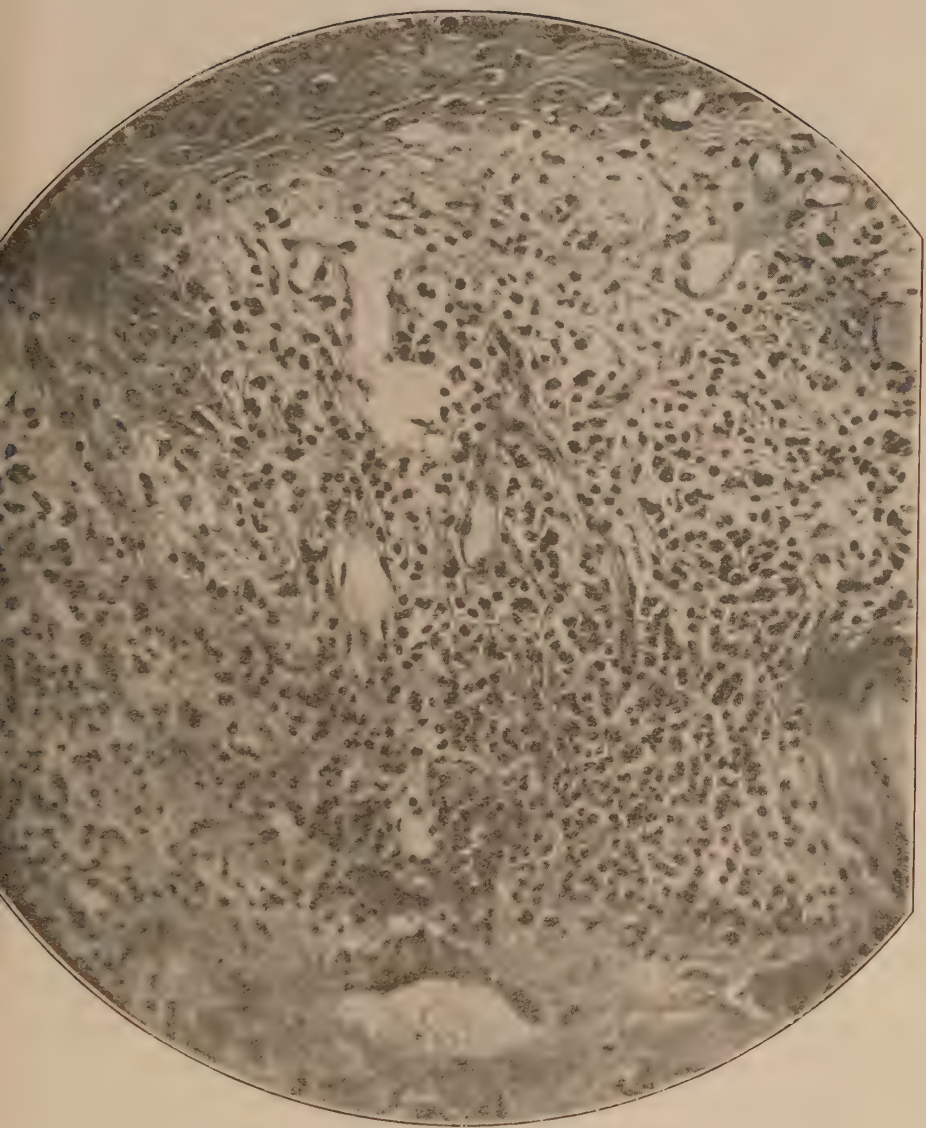
De verspreiding der infiltraten door het preparaat is als volgt: dicht bij de plaats waar het epitheel ontbreekt, bevindt zich een gedeelte met dikke hoornlaag en veel keratohyaline in de cellen. dikke stekkellaag en slechts geïnfilteerde papilkoppen, zonder

verder infiltraat in het corpus papillare. Op dit gedeelte volgt naar den anderen kant van het preparaat gelegen, een kort gedeelte, waar de epidermis in alle deelen dun is, het infiltraat nagenoeg ontbreekt en het duidelijk gekleurde bindweefsel tot dicht bij de epidermis reikt. Eindelijk volgt het grootste deel van het preparaat, waar het infiltraat de epidermis verdringt en de sterkste veranderingen het geheele corpus papillare innemen, dat daarbij tweemaal zoo diep reikt als de dikte der nog overgebleven epidermis.



Afb. 18. Lichenoïde salvarsandermatitis.

Dikke epidermis met vezelachtig stratum corneum, ongelijk dik stratum granulosum. In het corium een scherp naar onder begrensd infiltraat, dat mooi tegen de epidermis aansluit met wijde vaten (geval 19).



Afb. 19. Lichenoïde salvarsandermatitis.

De onderste epitheel laag bestaat uit platte cellen. Dicht lymphocyteninfiltraat (geval 19).

Geval 20. Lichenoïde uitslag na salvarsanbehandeling.

Dit geval betreft de vrouw van den vorigen patiënt. Zij kwam met een primair-affect in het seropositieve stadium onder behandeling. Tusschen twee neosalvarsankuren was eene smeerkuur gegeven. Vier weken na de laatste salvarsaninjectie ontstaat een sterk jeukende uitslag, het eerst op den buik, later ook op andere plaatsen. Eene maand na het begin geeft de uitslag het volgende beeld: Op den buik komen lenticulaire schilferende papels voor, waarvan de grootste eenig exsudaat aan de oppervlakte dragen; dicht onder den navel is eene lichenoïde, platte polygonale papel aanwezig. De rug vertoont eenige schilferende papels met geelachtige tint. Ook aan de vulva komen papels voor. Aan de linkerzijde van den hals worden kleine lichenachtige papels aangetroffen, van speldepunt tot speldeknop groot. Het oppervlak dezer papeltjes is glinsterend en iets gewelfd. Zij hebben eene bleek blauwviolette tint. Op den linker arm staat een aantal zeer kleine lichenpapeltjes op eene centgrootte plek bij elkaar. Op de bovenbenen komen enkele licht schilferende pityriasis rosea-achtige plekje voor. Het mondslijmvlies is normaal.

Geval 21. Pityriasis rubra pilaris (met afbeelding 20).

Patiëntje is een meisje van 10 jaar. Zij heeft sinds tien maanden eene huidaandoening, welke ongeveer eene maand na waterpokken is ontstaan. Zij is altijd een gezond kind geweest. Behalve aanvallen van netelroos heeft zij verder nooit eene huidziekte gehad. In hare familie komen geen patiënten met huidziekten voor.

De aandoening is op den rug begonnen en heeft zich van daaruit snel op het overige deel van den romp en daarna ook op het hoofd uitgebreid. Heel in het begin was de huid aan de binnenzijde van handen en voeten dik en eeltachtig geworden.

Opvallend is de symmetrische uitbreiding. De schedelhuid vertoont eene diffuse, vettige schilfering, het gelaat scherp begrensde roode vlekken met fijne schilfers. De huid van hals, romp en ledematen is over het grootste deel van hare oppervlakte aangetast, meest over groote gebieden, doch zijn er daarnaast ook kleine plekken. Op armen en beenen is de strekzijde het sterkst aangetast. De huid tusschen de aangetaste plekken is geheel normaal, zoo is de voorvlakte van den romp in de mediaanlijn volkomen vrij. De zieke huid is met een enorm groot aantal spitse



Afb. 20. Pityriasis rubra pilaris (geval 21).

papeltjes bedekt: de meeste zijn nagenoeg speldeknoopgroot, op den romp zijn ze wat kleiner, op de beenen iets grooter. Zij zijn duidelijk folliculair, in sommige is een afgebroken haartje waarneembaar. Zij confluëeren niet. De kleur is nagenoeg die van de normale huid: enkele vallen door eene roodachtige of vuilgrijze tint op. De huid tusschen de papeltjes in is volkomen normaal; er is geene pigmentatie. In de handpalm heeft de aandoening een anderen vorm; hier komen geen papels voor, doch is de huid diffuus rood en verdikt; zij laat gemakkelijke groote schilfers los. Op den handrug komen papeltjes voor, ook op de strekzijde van de eerste phalanx van alle vingers, terwijl op den midden- en ringvinger ook de tweede phalanx eene papelgroep vertoont. De nagels zijn verdikt en geel getint. Overeenkomstige verhoudingen treft men op de voeten aan. De slijmvliesen zijn normaal.

Histopathologisch onderzoek. De microscopische preparaten zijn van het onderbeen afkomstig. In het tusschen twee follikels gelegen deel van de huid verloopt de epidermis-coriumgrens nagenoeg recht, in het overige gedeelte van het preparaat zijn goed gevormde epitheelinzinksels en vergroote papillen aanwezig. De epidermis is wat verdikt, weinig oedemateus en vertoont vacuolevorming. Er is hyperkeratose, vooral folliculair; een uitstekende hoornkegel ontbreekt. Het stratum corneum is los gevoegd, bevat enkele kernen. De keratohyalinelaag is goed gevormd, niet bijzonder dik. De vaten rond de follikels en ook

op andere plaatsen zijn verwijd en door een in hoofdzaak uit eenkernige rondcellen bestaand infiltraat omgeven.

Geval 22. Lichen simplex chronicus (met afbeeldingen 21, 22 en 23).

Patiënte, eene getrouwde vrouw van 52 jaar, werd in October 1923 op de dermatologische afdeling van het Binnengasthuis opgenomen. In October 1920 kreeg zij jeuk aan de binnenzijde van het rechter bovenbeen, waar veel blauwscheut zat, terwijl er aan de huid verder geene afwijkingen te zien waren. Eerst later ontstond er eene roode, schilferende plek, waarbij de huid daar ter plaatse ook wat dikker werd. Na enkele maanden nam de jeuk in hevigheid af en werd de roodheid minder. In Juli 1921 zag de huid weer geheel normaal en had zij geene klachten meer. In October daarop kreeg zij weer jeuk op dezelfde plaats, kort



Afb. 21. Lichen simplex chronicus op het rechter bovenbeen (geval 22).

daarop volgde weer eene zichtbare huidafwijking. Sindsdien is de jeukende plek steeds grooter geworden; aan de achterzijde van het bovenbeen kwam eene tweede en naar de knie toe nog eene kleine derde plek. Deze plekken zijn met elkaar samengevloeid. De aandoening is steeds droog geweest. Vanaf begin 1923 zijn ook de knieën aangetast; hier kreeg zij kleine, roode, schilferende plekjes, die geleidelijk grooter werden. De laatste weken heeft zij ook uitslag op het rechter onderbeen.

Steeds heeft zij op de aangetaste plekken jeuk, zij kan er dikwijls niet van slapen; ook is de huid op die plaatsen wel eens pijnlijk.



Afb. 22. Lichen simplex chronicus op de knieën (geval 22).

Aanvallen van plotseling zeer heftigen jeuk heeft zij nooit gehad, ook is de jeuk 's avonds niet erger dan overdag. Patiënte is zenuwachtig, doch heeft overigens geen klachten.

Als kind heeft zij typhus doorgemaakt en 6 jaar geleden galsteenaanvallen gehad. Vanaf het 39e jaar bestaat amenorrhoe. Zij is driemaal gravida geweest, de laatste graviditeit eindigde met abortus. Het eerste kind stierf in het tweede jaar aan tuberculose. Zij heeft een gezonden zoon van 16 jaar, die nooit eene huidziekte had. De echtgenoot is gezond. Haar ouders hebben een hoogen leeftijd bereikt; de vader zou jaren lang eene jeukende plek op een der beenen gehad hebben. Zij heeft vijf zusters en twee broers; eene zuster is overleden aan diabetes en tuberculose. Behalve bij een broer, die meubelmaker is en eene beroepsziekte aan de handen en bij de jongste zuster, die eene huidziekte aan een der beenen heeft, komt, bij geene der andere familieleden eene huidaandoening voor. Bij het onderzoek der zuster bleek eveneens lichen simplex chronicus te bestaan. Ook bij haar kwam aan de binnenzijde van het rechter bovenbeen boven de knie, dus op dezelfde plaats, eene ongeveer handpalmgrootte plaque voor, die reeds ongeveer 20 jaar bestaat. Ook de knieën zijn bij deze patiënte aangetast geweest. Alle drie plekken zijn af en toe nat. Het mondslijmvlies is normaal. Ook zij is eene zenuwachtige vrouw.

Status praesens.

Patiënte maakt geen zieken indruk. De slijmvliezen zijn niet anaemisch. Er is geen cyanose, geen icterus, geen oedeem. De inwendige organen zijn normaal, evenmin zijn er neurologische afwijkingen. Het bloedonderzoek geeft volgend resultaat:

haemoglobine (Sahli. ongecor.)	86;
aantal roode bloedlich.	4.580.000;
aantal witte bloedlich.	4800;
neutroph. segmentkernig	48 $\frac{2}{3}$;
staafkernig	4 $\frac{1}{3}$;
eosinoph.	5 $\frac{2}{3}$;
lymphocyten	37;
monocyten	4 $\frac{1}{3}$;

Alleen in den linker oksel is eene enkele klier voelbaar. Het tandstelsel is slecht. De urine bevat eiwit noch suiker. De reactie van WASSERMANN is negatief.

Status localis.

De huid is droog; het haar eveneens. Aan beide beenen komen varices voor. De aandoening is gelocaliseerd symmetrisch op beide knieën en op de binnen- en achtervlakte van het rechter bovenbeen. Aan deze laatste plek is te zien, dat zij door confluentie van drie kleinere is ontstaan. Zij is handpalmbreed en dubbel zoo lang en is niet met eene scherpe lijn van de omgevende huid afgegrensd: er zijn uitloopers en voorposten. Alleen in de randzone zijn enkele zeer kleine normale huidplekjes te vinden; er is geen centrale genezing. Er is een duidelijk infiltraat: de zieke huid is vast en voelt ruw aan. Het oppervlak ligt weinig boven het niveau van de normale huid der omgeving. De kleur der aandoening is livide, grijsviolet en glanzend; paarlemoerachtige punten en lijnen, zooals deze bij lichen voorkomen, ontbreken. De geheele plek vertoont eene fijne schilfering. De schilfers zijn zeer dun, zoodat het onderliggende corium doorschijnt. Ze zijn laagsgewijs af te lichten. Op sommige plekjes is de schilferlaag dikker. Deze plekjes vallen door hun witte kleur te midden van de veel donkerder kleur van de rest der aandoening op. De opperhuidteekening is veel duidelijker dan normaal; in een kleiner deel vallen het meest aan elkander evenwijdig loopende groeven op, sommige op meer dan $\frac{1}{2}$ c.M. van elkaar; in het overige deel zijn zeer duidelijk elkander kruisende groeven zichtbaar, waardoor in dit laatste deel eene netvormige teekening met tamelijk regelmatige, meestal vierkante mazen ontstaat. In dit deel is de onderlinge afstand der groeven veel geringer, ongeveer $1\frac{1}{2}$ tot 2 m.M. Het oppervlak der afzonderlijke veldjes is vlak. De randzone der aandoening vertoont papeltjes, die door de wat roodere kleur en grootere hoogte meer opvallen dan de overige. Verder zijn er verspreid staande kleine erosies en korstjes en enkele haren. Op geringen afstand van de groote plek zijn enkele ongelijk groote papeltjes en papelgroepjes te vinden; terwijl de huid tusschen de groote plek en die op de knie sterk glanzende opperhuidveldjes vertoont, doch er overigens normaal uitziet. De vorengenoemde papeltjes zijn vlak, een enkel is duidelijk polygonaal; ze dragen geene schilfers. Het aangetaste huiddeel van het rechter bovenbeen is meer gepigmenteerd dan de huid van het onderbeen en linkerbeen.

Op de knieën zijn de plekken wat grooter dan een rijksdaalder.

De huid is hier dik, voelt ruw aan en is met een groot aantal kleine schilfers bedekt. In vergelijking met de opperhuidveldjes in de omgeving zijn deze schilfers klein, ongeveer $\frac{1}{2}$ m.M. in doorsnee. Het gelukt niet ze in lagen te splitsen; wel kan men ze in hun geheel van de onderliggende epidermis oplichten, waarbij gemakkelijk bloeding ontstaat. De diepe huidgroeven loopen hier in horizontale richting evenwijdig aan elkaar. Behalve eene meer roodvioletten randzone ter plaatse van geringe schilfering is de kleur van deze plekken grijswit. In de omgeving van de aangetaste plekken op de knieën vertoont de normale huid hier en daar opperhuidveldjes met eene kleine, centraal gelegen schilfer.

Op den rechter voetrug zijn drie onregelmatige, centgrootte plekkjes te vinden, waar de huid schilfert en zeer kleine korstjes draagt. De huid is hier niet verdikt. Aan den rechter binnenenkel komen op eene centgrootte plek puntvormige, sterk gepigmenteerde vlekjes zonder schilfering voor.

Behalve een centgroot wit litteken midden op de voorvlakte der beide onderbenen, een gepigmenteerd litteken op de buitenzijde van het rechter onderbeen, is de huid verder normaal; met name is er aan de huid van de polsen, onderarm en lendestreek geene afwijking te zien.

De slijmvliezen van mond en uitwendige genitalia zijn normaal. Op den nagel van den linker wijsvinger komt een enkel, op den nagel van den linker middenvinger komen eenige speldeknoopgrootte kuiltjes voor. De nagels der overige vingers zijn evenals die der teenen normaal.

Op de aangetaste plekken zijn geen gevoelstoornissen gevonden.

Voor onderzoek werd een der vrijstaande papeltjes uit de omgeving der grootte plek op het bovenbeen weggenomen. Alvorens het histologisch beeld mede te deelen, mag eerst nog vermeld worden, hoe de aandoening op de behandeling reageerde. Patiënte werd eerst met neosalvarsan behandeld, resp. met 100, 300 en nog 3 maal 450 m.gr. intraveneus op 3, 5, 9, 14 en 21 November. Reeds 2 dagen na de 2e injectie is de jeuk minder en slaapt patiënte den geheelen nacht door. De volgende dagen werd de blauwroode kleur minder; 15 November helt de kleur naar het bruine over en is de infiltratie minder. De plekken op de knieën zijn onveranderd. Vanaf 1 December wordt zij ook met röntgenstralen behandeld; eind dezer maand zijn de papel-

tjes in de omgeving der groote plek geheel verdwenen, 17-1-'24. De jeuk is veel minder. De plekken op de knieën zijn ook nu nog onveranderd. De groote plek op het rechter bovenbeen is kleiner geworden en veel donkerder gekleurd; de roode tint is verdwenen. De huidteekening is nog zeer duidelijk; patiënte is nu 3 maal bestraald, 18-2-'24. Het infiltraat is geheel verdwenen, de huid is iets meer dan normaal gepigmenteerd en met enkele schilferkorsten bedekt. Op de knieën is de infiltratie ook verminderd; hier is eene diffuse schilfering. Patiënte heeft in het geheel geen jeuk meer. Op 17-3-'24 is de groote plek als bij het laatste onderzoek; de huid op de knieën is niet meer verdikt, de kleur normaal, alleen is er schilfering. 23-6-'24. Op de groote plek is alleen eene minimale hyperpigmentatie overgebleven; de huid op de knieën als de vorige maal. Eene maand later komt patiente terug met recidief op het linker bovenbeen.

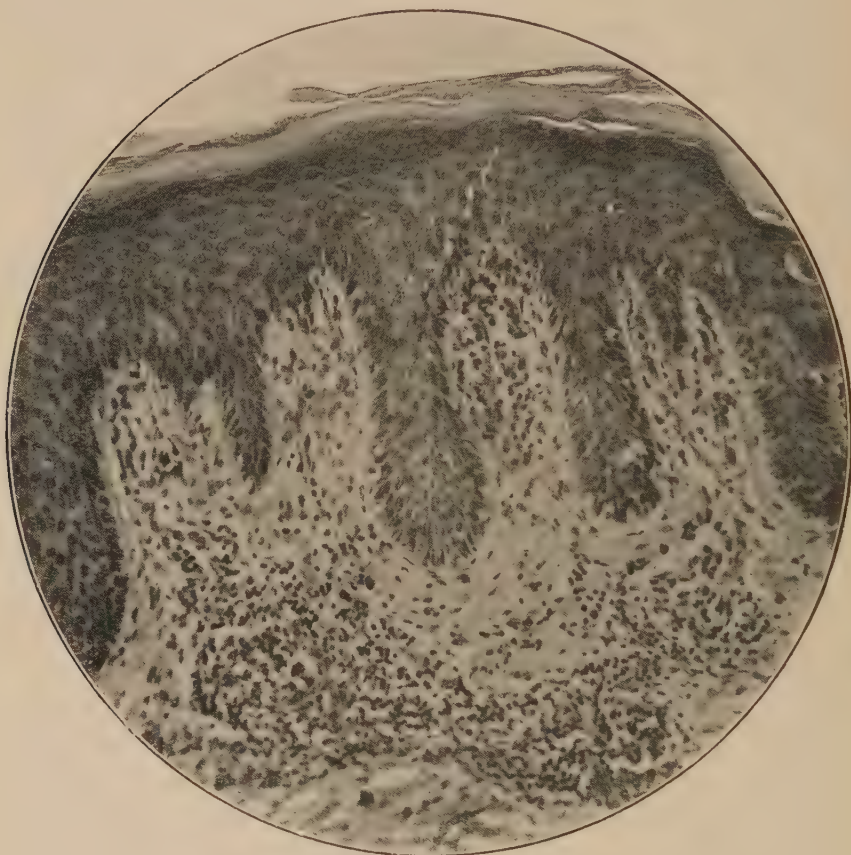
Histopathologisch onderzoek. Het stratum reticulare is onregelmatig van het stratum adiposum gescheiden. Tot midden in het stratum reticulare fibrosum komen groepen van vetcellen door bindweefsel omsloten voor. Sommige epitheelinzinkels zijn dik, andere dun, waardoor de scheidingslijn van bindweefsel en epitheel een onregelmatig verloop heeft. De papillen zijn meeren-deels groot. Groepen van papillen zijn gemeenschappelijk door een epitheelkoepel bedekt. Het stratum granulosum is dun, het stratum corneum in het algemeen dik en vult de inzinkingen tusschen de papilgroepen grootendeels aan, doch laat daarbij op talrijke plaatsen van de korrellaag los.

In het corium komen perivasculaire infiltraten voor, die in dikte slechts een klein deel dezer laag innemen. Deze lineair gerichte infiltraten verloop en in de subpapillaire bindweefsellaag evenwijdig aan het huidoppervlak, in de papillen stijgen zij loodrecht langs de vaten omhoog. Zij bestaan uit om en niet ver van de vaten gelegen kleine, nagenoeg ronde cellen met groote, meestal ook ronde of polygonale kern, die donker gekleurd is. Deze cellen zijn ook in klein aantal in de bloedvaten te vinden; het zijn kleine lymfocyten. Daarnaast komen fibroblasten voor. Bovendien zijn in de grootere infiltraten groepen van cellen met groote, lang gerekte, weinig kleurbare kern te vinden, die in vorm met endotheelcellen overeenkomen, doch geene holte omsluiten, die als vaatlumen opgevat kan worden. Deze cellen zijn plaatselijk zoo

talrijk (6—10) dat aan eene proliferatie van endotheelcellen gedacht moet worden. Plasmacellen ontbreken; daarentegen zijn mestcellen in belangrijk aantal te vinden.

Er is eene niet ongewoon sterke hyaline degeneratie van het bindweefsel, eveneens van enkele vaten. De papillaire vaten zijn verwijd, het bindweefsel om deze vaten is oedemateus, tot spleten uiteengedrongen, die zich zelfs tot tusschen de epitheelcellen der epidermis schijnen voort te zetten. Het aantal chromatophoren in het corium is niet vermeerderd.

Aan het epitheel valt de acanthose op. De interpapillaire



Afb. 23. Lichen simplex chronicus.

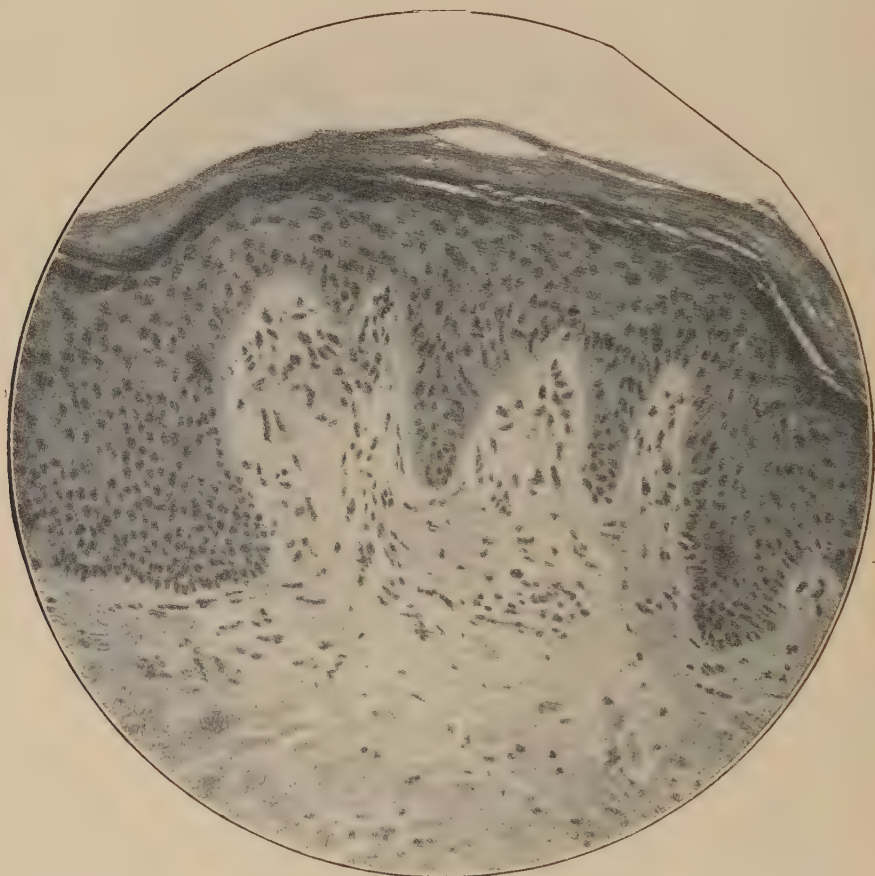
Dik, nagenoeg kernloos stratum corneum. Gelijkmatig dik stratum granulosum. Acanthose. Papillaire en subpapillaire lymphocyteninfiltraten (geval 22).

epitheelinzinksels zijn massief, er worden nogal wat mitosen aangetroffen. Boven de papillen zijn in de epidermis, interepitheliale oedeemspleten te vinden, die het vervolg schijnen te zijn van perivasculaire vochtruimten der papillen. Bovendien zijn talrijke epitheelcellen, deels in het stratum germinativum, deels boven de papillen gelegen, van groote perinucleaire vochtruimten voorzien. De kern is dan in den regel donker gekleurd. Zij ligt peripheer of centraal en is soms met epitheeldraden aan de begrenzing der holte verbonden. Door de epidermis heen verspreid vindt men ook enkele onregelmatige kernen, die sterk gekleurd zijn en met de kernen der lymphocyten overeenkomen. Ook om deze interepitheliale lymphocytenkernen hebben zich soms holten gevormd. Het stratum germinativum is regelmatig gebouwd en bevat ter plaatse van de papil minder pigment dan in de aangrenzende normale huid. Toch is ter plaatse van enkele papillen de epidermis-coriumgrens wat minder scherp, tengevolge van infiltraat, dat hier tegen de epidermis aanligt. Het stratum granulosum bestaat op de meeste plaatsen uit twee rijen cellen, waarvan de bovenste laag de meeste keratohyaline bevat. Het stratum corneum is dik en los gevoegd, waardoor ruitvormige ruimten tusschen de lamellen overblijven en de samenhang met de epidermis gedeeltelijk opgeheven is. Er zijn heel enkele kernhoudende hoorncellen.

Geval 23. Lichen simplex chronicus (met afbeelding 24).

Patiënte, eene vrouw van 36 jaar, komt voor het eerst in April 1923 op de polikliniek onder behandeling. De aandoening is op beide bovenbenen gelocaliseerd en bestaat al twee jaar; er is sterke jeuk. Aanvankelijk treedt onder zalfbehandeling, gecombineerd met arsenicum inwendig, verbetering op; voortzetting der behandeling met Röntgenstralen heeft meer succes: de papels verdwijnen geheel, er blijft eene donker gepigmenteerde huid over. De jeuk is evenwel niet geheel verdwenen. In Mei 1925 komt patiënte terug met een recidief op dezelfde plaats, dat tien maanden bestaat. De aandoening breidt zich symmetrisch hoog op de binnenvlakte der bovenbenen uit en beslaat ongeveer hand-groote plekken. Zij gaat op de huid der genitalia over, het slijmvlies van de vulva is vrij. De huid is verder geheel normaal, evenzoo het mondslijmvlies. Het aspect is links en rechts volkomen gelijk. De afwijking bestaat uit hyperpigmentatie en papels. In

eene twee-vijf c.M. breede randzone staan de papels afzonderlijk of in groepjes bijeen; zij zijn plat, rond of polygonaal met frisch roode kleur met blauwe bijtint, de grootte is die van een speldeknoop en wat daarboven. Het centrum der plek, ongeveer een d.M. in doorsnee, verschilt van de randzone door sterke pigmentatie en doordat de papels veel dichter gezaaid staan; zij zijn groter en minder rood gekleurd dan die der randzone. Op de genitalia hebben de papels nagenoeg de normale huidtint of zijn matrose gekleurd. Nagenoeg alle papels in het centrale deel der aandoening



Afb. 24. Lichen simplex chronicus.

Epidermis verdikt. Het stratum granulosum is overal even dik. Groote papillen. Geringe infiltratie (geval 23).

hebben een rechthoekigen vorm, zij zijn ongeveer twee bij drie m.M. groot; enkele kleinere zijn rond. Ook zij staan solitair of in groepen dicht bij elkaar, eene papelschijf wordt niet gevormd. Wel is er op verschillende plaatsen eene min of meer duidelijke neiging tot rangschikking der elementen in de vakjes van twee systemen elkander kruisende, doch onderling evenwijdig loopende huidgroeven waarneembaar. Alleen naar de genitocruraalplooï toe, waar de papels in evenwijdig loopende rechte rijen voorkomen, vloeien de papels samen, waardoor verheven lijsten ontstaan; de huid tusschen deze lijsten in is bijzonder sterk gepigmenteerd. Overal verspreid komen excoriaties en korstjes voor. Geen enkele papel vertoont het symptoom van WICKHAM. Voor histologisch onderzoek wordt een papeltje uit de randzone gekozen.

Onder behandeling met haute fréquence gepaard met jeukstillende smeersels gaat de aandoening terug. Ook nu het aantal papels veel kleiner wordt, is het genoemde lijnensysteem nog te herkennen. De verbetering is echter van korten duur.

Nog moet vermeld worden, dat ook onafhankelijk van de behandeling somtijds in korten tijd belangrijke spontane verbetering optrad, die dan weer door meer jeuk en duidelijker worden der papels gevolgd werd.

Histopathologisch onderzoek. De epidermis is verdikt, op een enkel plekje dunner dan normaal. Het stratum corneum is over het algemeen dun en heeft hier en daar losgelaten. Deze laag heeft het karakter van het stratum disjunctum, behalve op de plaatsen, waar hoornproppen gevormd zijn. Er is parakeratose. Het stratum granulosum vertoont enkele geringe circumscripte verdikkingen, doch is overigens smal. De interpapillaire epitheelinzinksels zijn verdikt, er zijn enkele mitosen te vinden. Het stratum basale is regelmatig gevormd en bevat weinig pigment. De epidermis vertoont een matig intra- en intercellulair oedeem. Op sommige plaatsen zijn de celgrenzen niet scherp en is er een begin van holtevorming. Ook het corium is wat oedemateus. De epidermis-coriumgrens is over het algemeen scherp. Nergens heeft de epidermis van de onderlaag losgelaten. De papillen zijn vrij groot, doch ongelijk van afmeting. Eene enkele zeer groote papil is slechts door eene dunne epidermis bedekt. Papillair, subpapillair en ook om dieper gelegen vaten komen groepen infiltraatcellen voor. Het

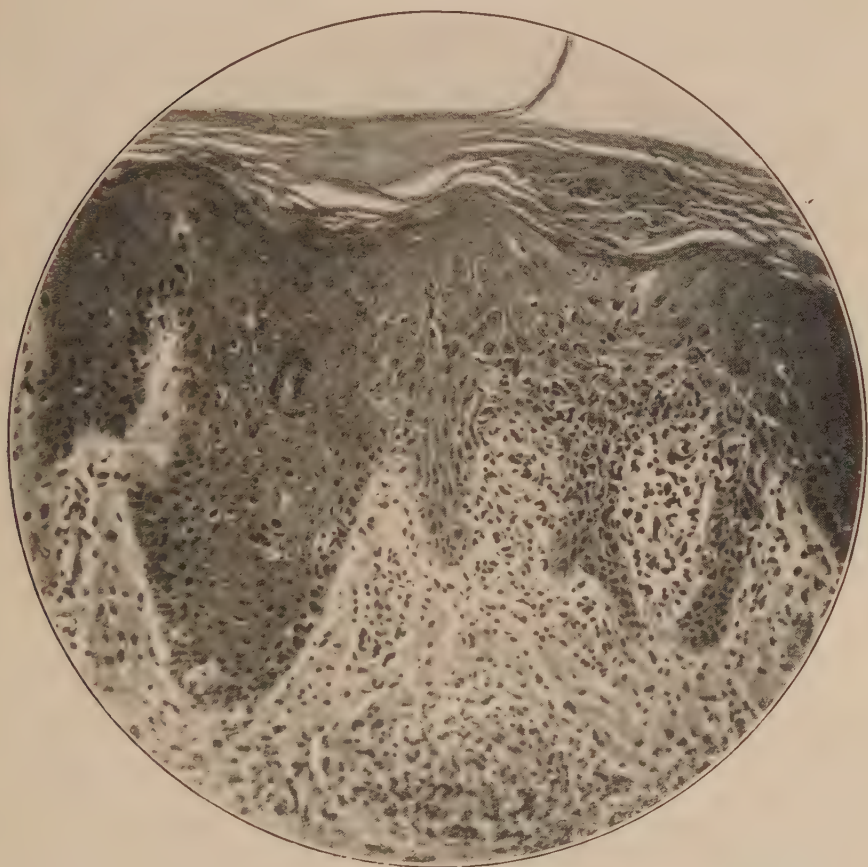
infiltraat bestaat uit mononucleaire cellen en enkele fibroblasten, plasmacellen ontbreken. Ook in het epitheel komen enkele infiltraatcellen voor. De vaten zijn iets verwijd, het endotheel licht gezwollen. In het corium komen enkele groepen chromatophoren voor.

Geval 24. Eczeem met secundaire lichenificatie (met afbeelding 25).

Patiënte is 54 jaar oud. Zij heeft al twaalf jaar huiduitslag aan de voeten, sinds acht jaar zijn ook de onderarmen aangetast. De aandoening jeukt niet altijd even sterk, soms zijn er heftige aanvallen van jeuk. Op de polsen was de aandoening nooit nat, op de voeten wel. Patiënte is zeer nerveus. Bij haar ouders en kinderen kwamen nooit huidziekten voor. Met het aangrenzende deel van het onderbeen zijn de rugzijde van den linker voet en de teenen over eene scherp begrensde plek aangetast. De huid is daar rood, weinig verdikt, schilfert, met hier en daar korstjes en natte plekken. Op den overgang voetrug en onderbeen is de huid gelichenificeerd; men ziet twee stel evenwijdig loopende diepe huidgroeven, de verticale zeer dicht bijeen, de horizontale op onderling grootere afstanden. Hier en daar zijn in de groote plek eilandjes uitgespaard, terwijl in de omgeving op de voorvlakte van het onderbeen verspreide folliculaire efflorescenties voorkomen, die hier en daar tot grootere plekjes conflueeren. De rechtervoet vertoont dezelfde afwijking minder uitgebreid. Aan de onderarmen vindt men de aandoening symmetrisch op de volaire zij der polsen, over de geheele polsbreedte. De plekken zijn ongeveer een d.M. lang. De aandoening is hier geheel droog, het oppervlak is glanzend, de huid flink geïnfiltreerd. De verdiepte groeven vormen een netwerk. De papuleuse verheffingen in de mazen van dit netwerk zijn verschillend groot, een-vier m.M. in doorsnee; de meeste zijn ruitvormig, maar daarnaast zijn er ook rond en polygonaal; hun oppervlak is niet plat, maar bol. Hier en daar enkele korstjes. De groote plekken zijn circumscrip begrens, doch in den omtrek komen verspreide en in groepjes staande kleine ronde papeltjes met korstjes voor. Het mond-slijmvlies is normaal. Proefexcisie midden in de groote plek op den rechter pols.

Histopathologisch onderzoek. Er is hyperkeratose en parakeratose. Het stratum granulosum is smal en ontbreekt hier en daar.

Het stratum spinosum is dik, op eene enkele plek dun; de epitheelinzinksels zijn ongelijk van afmeting, over het geheel zijn zij aanmerkelijk vergroot. Het stratum germinativum is regelmatig gevormd; deze laag is niet bijzonder pigmenthoudend. Er is een intracellulair, doch vooral een sterk intercellulair oedeem met holtevorming in het epitheel; in vele cellen zijn vacuolen gevormd. In de epidermis komen verspreide infiltraatcellen voor, ook in het stratum corneum ligt een groepje infiltraatcellen. De epidermis-coriumgrens is scherp. Het corium is oedemateus, de vaten zijn verwijd. Een deel der papillen is langer dan normaal. Papillair en



Afb. 25. Eczeem met secundaire lichenificatie.

Het stratum corneum is verdikt en vertoont rechts boven een groepje infiltraatcellen. Acanthose. Spongiose. Papillaire en subpapillaire infiltraten (geval 24).

subpapillair komen om de vaten infiltraten voor, die uit lymphocyten en ook wat fibroblasten bestaan. Enkele papillen worden diffuus door het infiltraat opgevuld. Er is geene opvallende pigmentophooping in het corium.

Geval 25. Eczeem met secundaire lichenificatie.

Patiënt, een man van 59 jaar, kwam December 1924 voor het eerst op de polikliniek met eczeem op den linker arm. Hij klaagt over sterken jeuk; deze was niet aan de zichtbare huidafwijking voorafgegaan. Reeds meermalen was deze aandoening op dezelfde plaats voorgekomen, doch steeds spontaan genezen. Met eene teerzalf verdwijnt de aandoening snel.

In Juni 1925 komt patiënt met recidief terug. Op de strekzijde van linker boven- en onderarm zijn enkele scherp begrensde eczeemplekken aanwezig, waarvan de grootste ongeveer 1 d.M. lang en half zoo breed is. De huid is op deze plekken flink verdikt, de huidteekening veel duidelijker dan normaal. In de omgeving der plekken komen geen afzonderlijke efflorescenties voor; wel is de omringende huid meer dan normaal gepigmenteerd.

Histopathologisch onderzoek. Het huidoppervlak is gegolfd. Het stratum corneum is zeer dun en los gevoegd; de hoorncellen zijn hier en daar kernhoudend. Overal is een dun stratum granulosum aanwezig met geringe plaatselijke verdikkingen. Het stratum spinosum is dik, de epitheelinzinkels zijn heel groot. De epitheelcellen zijn niet gedegenereerd. Er zijn oedeemholten in het epitheel gevormd, doch het intracellulair oedeem is weinig ontwikkeld. Er komen groepjes infiltraatcellen in de epidermis voor. Het stratum germinativum is regelmatig gebouwd; het bevat weinig pigment. Het aantal chromatophoren in het corium is ook gering.

De papillen zijn lang en dun, sommige knotsvormig. In het corpus papillare komt een dicht infiltraat voor, dat tegen het stratum reticulare aanligt, maar naar boven niet tot de epidermis reikt. Het vormt geen doorlopenden band, doch bestaat uit kleine en grootere infiltraateilandjes, die door bindweefselbalkjes gescheiden zijn. Wel zijn ook de papillen geïnfiltreerd, doch deze papillaire infiltraatjes vormen niet met het subpapillaire infiltraat een geheel; op eene enkele plaats hangen zij met elkaar samen. Ook om de dieper gelegen vaten komen infiltraten voor. Het

infiltraat bestaat uit lymphocyten van verschillende afmeting, waarvan de meeste tamelijk groot zijn, verder uit fibroblasten, enkele cellen met drie en vier kernen en plasmacellen. De vaten zijn verwijd. Het bindweefsel vertoont hier en daar hyaline-ontaarding; er is weinig pigment.

Geval 26. *Verrucae planae* (met afbeelding 26).

Bij een meisje van 19 jaar komen aan de vingers van beide handen enkele verrucae vulgares voor. Bovendien op de handruggen, vooral rechts, minder op de onderarmen talrijke kleine weinig glanzende, blauwroode, ronde en polygonale papeltjes, enkele met centrale delle. Er is geene schilfering. Lijnen van WICKHAM ontbreken. Daarnaast nog drie vlakke, hyperkeratotische papeltjes met een duidelijk randje, waarbij de roode kleur der vorige ontbreekt. Eene der platte wratten gaf het volgende beeld.

De hoornlaag is aanzienlijk verdikt en vastgevoegd; zij bevat veel kernen. De korrellaaag is overal aanwezig met wat verdikking in de epitheelzinkels, die belangrijk vergroot zijn, vooral in de lengte. Ter plaatse van de wrat komen in de epidermis groepen cellen voor, waarin groote vacuolen gevormd zijn. De vorm dezer cellen is meest rond of ovaal. Boven elk epitheelzinksel is eene dergelijke groep van cellen, die deels tot de korrellaaag en deels tot de stekellaag behooren, te vinden. Er is zeer weinig intercellulair oedeem. De cylindercellenlaag is goed gevormd. In de lange en smalle papillen zijn wat fibroblasten en endotheelcellen te vinden.

Geval 27. *Leucoplakia oris* (met afbeelding 27).

Patiënt is een man van 32 jaar. Hij heeft sinds meer dan een half jaar eene aandoening van het mondslijmvlies, die hem hindert bij het eten. Verder heeft hij al langen tijd eene jeukende aandoening op het linker been. Toen patiënt 14 jaar oud was, werd hij op de dermatologische afdeling van het Binnengasthuis opgenomen met lues (*maculeus exanthem* en *alopecia areolaris*). Patiënt rookt veel.

Beiderzijds op het wangslimvlies bij den mondhoek komt eene ongeveer driehoekige, scherp begrensde plek voor van dof blauw-witte kleur, welke naar de keel toe streepvormig eindigt. Het oppervlak der plekken vertoont een duidelijke „Felderung” en

is maar weinig verheven; hier en daar komen echter gedeelten voor, die sterk promineeren. Verder is het slijmvlies op verschillende plaatsen der aandoening geërodeerd. Aan de zieke plekken is te zien, dat er op gebeten wordt. Verder komen in den mond geen afwijkingen voor.

Behoudens een gelichenificeerd eczeem op het linker bovenbeen is de huid normaal. Symptomen van lues worden niet gevonden.

Histopathologie. In de preparaten van het zieke slijmvlies

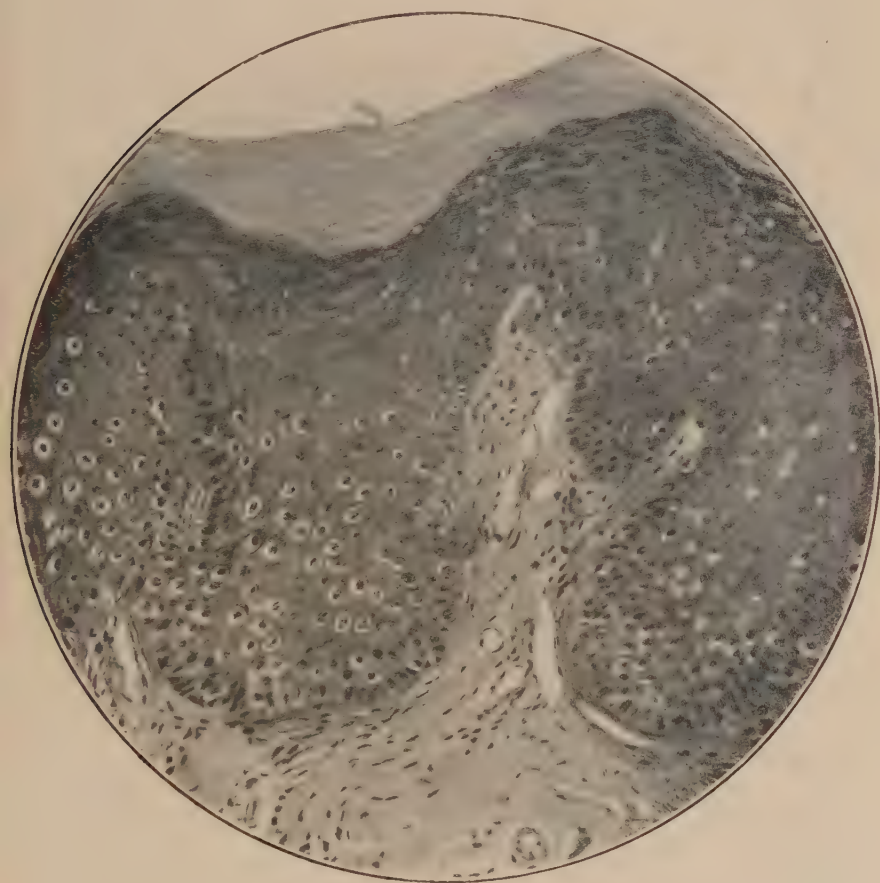


Afb. 26. Verruca plana.

Dik. stratum corneum. Massieve epitheelinzinkels en dunne papillen. In vele epitheelcellen is eene vacuole aanwezig (geval 26).

vindt men verdikking van de epidermis en eene weinig dichte infiltratie van het corium, in hoofdzaak van de papillen. Het infiltraat bestaat uit lymphocyten, fibroblasten en enkele mestcellen; plasmacellen ontbreken. De vaten zijn wijd. Er komen nogal wat chromatophoren in het corium voor.

Het stratum corneum is dik en vastgevoegd en bevat eene heel enkele kern. Ook is er een dik stratum granulosum, dat door het geheele preparaat heen vrijwel overal dezelfde dikte heeft. De korrelcellen bevatten veel keratohyaline. Het stratum spinosum



Afb. 27. Leucoplakia oris.

Hyperkeratose. Duidelijk stratum granulosum. Groote epitheelinzinkfels. Vele cellen vertoonen eene vacuole. Geringe infiltratie (geval 27).

is eveneens dik, de epitheelinzinkels meerendeels bijzonder groot. De onderste laag epitheelcellen, vertoont duidelijk basale rangschikking; enkele cellen dezer laag bevatten pigment. De epidermis-coriumgrens is scherp. Er is in het stratum spinosum een matig intercellulair, een sterker intracellulair oedeem. Sommige epitheelcellen vertoonen verminderde kleurbaarheid, in zeer vele epitheelcellen zijn vacuolen gevormd. Hier en daar zijn holten gevormd, waarîn twee celkernen bij elkaar liggen. Ook het corium is wat oedemateus.

Samenvatting.

Slechts in enkele gevallen leverde de klinische diagnose moeilijkheden op. In de eerste plaats moet genoemd worden geval 22 (lichen simplex chronicus VIDAL), dat de aanleiding tot het bewerken van dit proefschrift was en daarom wat uitvoeriger is meegedeeld. De afzonderlijke kleine papels in de omgeving van de groote plaque deden ook aan lichenpapels denken. Doch de ontwikkeling der aandoening op enkele circumscripte plekken, het aspect van de groote plek op het bovenbeen, het ontbreken van lijnen van WICKHAM, de afwezigheid van papels elders op het lichaam en de voorafgaande jeuk, deden de diagnose op lichen VIDAL stellen.

De plekken op de knieën geleken eenigszins op psoriasis, doch bij deze aandoening zijn de schilfers op de knieën meestal dikker en zitten zeer vast. Bekend is, dat op sommige plaatsen de lichen simplex chronicus een bijzonder karakter heeft; waarschijnlijk moeten de plekken op de knieën als een van den gewonen vorm afwijkend type dezer ziekte beschouwd worden.

Opvallend was in dit geval het goede resultaat der salvarsan-behandeling. Ten einde het verblijf van patiënte in het ziekenhuis zoo kort mogelijk te doen zijn, werd de medicamenteuse therapie spoedig met Röntgenbestraling gecombineerd, waardoor het niet mogelijk was na te gaan of het salvarsan in staat was de aandoening geheel te doen verdwijnen.

Ook het andere geval van lichen VIDAL (23) gaf moeite met de diagnose. Ondanks het ontbreken van lijnen van WICKHAM vertoonden vele papels toch groote overeenkomst met lichenpapels. Te meer werd ook aan lichen gedacht, omdat er geen eigenlijke plaque gevormd was, doch de papels op eene gepigmenteerde huidplek verspreid en gegroepeerd bijeen stonden. Het

histologisch onderzoek wees echter op lichen VIDAL (zie pag. 156).

In de gevallen 24 en 25 is de diagnose gesteld op eczeem met secundaire lichenificatie, wat gemakkelijk was, doordat ik beide patiënten langen tijd heb kunnen vervolgen.

In geval 21, dat eene zeer typische pityriasis rubra pilaris betreft, was de diagnose gemakkelijk te stellen.

Het geval van de platte wrat (26) is toegevoegd, omdat deze aandoening zooveel op lichen ruber gelijken kan; dat van de leucoplakie (27), omdat FORDYCE geneigd is, deze aandoening als lichenificatie van het slijmvlies op te vatten.

Van de lichengevallen moet genoemd worden geval 17, lichen van het wanglijmvlies, waarin de diagnose klinisch niet te stellen was. Erosies en ulceraties bij den lichen van het slijmvlies niet onbekend, maar toch zeldzaam, waren hier zoo talrijk aanwezig, dat ook aan leucoplakie gedacht werd. De mosaïkachtige teekening kan ook bij de laatste aandoening voorkomen. De localisatie vooral op het wanglijmvlies en weinig op de tong, pleitte misschien meer voor lichen, terwijl het feit, dat patiënt vroeger op de beenen lichen gehad heeft, deze diagnose waarschijnlijk maakte.

Waar FRIEBOES schrijft, dat op het mondslijmvlies geene polygonale papels voorkomen, omdat op het slijmvlies de mosaïkachtige teekening der „Hautfelderung” ontbreekt, wil ik er nog even op wijzen, dat deze teekening in dit geval wel in de aangetaste plekken te vinden was. Ook RIECKE vermeldt haar bij lichen, ZINSSER bij leucoplakie, BRÜNAUER bij de ziekte van DARIER.

Den polygonalen papelvorm op de huid verklaart men, doordat de lichenpapel een of meer huidveldjes geheel inneemt; de mosaïkachtige teekening op het mondslijmvlies bij genoemde aandoeningen maakt een overeenkomstigen bouw van het slijmvlies waarschijnlijk; ook in een ander opzicht toch, het somtijds voorkomen van talgklieren aan lip- en wanglijmvlies is het slijmvlies van den mond aan de huid verwant.

In geval 15 was de aandoening van het wanglijmvlies direct als lichen te herkennen; de plekken op de tong deden behalve aan lichen, ook aan plaques fauchées denken. Doch bij deze plaques is geen witte rand aanwezig, zooals hier het geval was.

Een der huidplekjes van dit geval gaf het beeld van lichen atrophicus; misschien moeten de plekken op de tong als het pendant van dezen vorm op het slijmvlies beschouwd worden: een duidelijk niveauverschil en het gladde oppervlak gaven deze plekken een atrophisch uiterlijk.

In geval 7 kwam naast lichen planus van den handrug en vingers ook eene afwijking van enkele nagels voor. Andere huidziekten, die met nagelafwijkingen verlopen, waren niet aanwezig. De anamnese deed aan congenitale lues denken. Bij deze ziekte komen nagelafwijkingen niet zoo zeldzaam voor, doch was in deze richting geen enkel zeker aanknoopingspunt te vinden. Evenmin bleek iets van eene schimmelinfectie.

Na uitsluiting van genoemde oorzaken en op het klinisch beeld moet naar mijne meening de nagelafwijking in dit geval als lichen gediagnosticeerd worden, hoewel het ontbreken van een deel der nagelplaat voor lichen zeer ongewoon is. De voortschrijding van eene halfzijdige aandoening op de strekzijde van twee vingers op den nagel en de uitbreiding der aandoening over de geheele breedte van eindphalanx en nagel bij den ringvinger maken het toch buitengewoon waarschijnlijk, dat de afwijking van nagel en vingerhuid aan dezelfde oorzaak zijn toe te schrijven.

BETTMANN is geneigd de nagelafwijkingen bij lichen planus meer als gevolg van algemeene voedingsstoornis dan als localisatie der dermatose in den nagel te beschouwen; naar aanleiding van deze opvatting, wil ik opmerken, dat de uitbreiding in dit geval toch wel op localisatie in de nagelmatrix en misschien in nagelbed wijst.

Bij den patiënt met lichen obtusus (18) kwamen geene typische platte polygonale lichenpapels voor. De diagnose is gesteld op het groote aantal halfbolvormige elementen en de kleur dezer papels. Voor de differentiale diagnose kwam alleen in aanmerking de prurigo nodularis of lichen obtusus corneatus; bij deze aandoening zijn de efflorescenties dikwijls nog grooter dan hier het geval was en zijn in den regel slechts in gering aantal aanwezig. Ook bij lues kunnen obtuse papels voorkomen, evenwel was er geen enkele aanwijzing om hier aan lues te denken. Merkwaardig is dit geval door: 1. het ontstaan na verwonding; 2. het zeer groote aantal papels; 3. de confluentie van een deel der papels (punt 2 en 3 wijken af van hetgeen UNNA vermeldt);

4. de atrophische plekjes, die bij het verdwijnen van sommige papels achterblijven.

In de gevallen 19 en 20 is de diagnose gesteld op een salvarsan-exantheem. Bij den man was de uitslag niet van lichen ruber te onderscheiden, bij zijne vrouw had de uitslag een lichenoid karakter, doch kwamen er ook pityriasis rosea-achtige plekjes bij voor. Familiair voorkomen van lichen ruber wordt nog al eens waargenomen, maar vooral bij broers en zusters, buitengemeen zelden bij echtgenooten. Beide patiënten waren met kwik en salvarsan behandeld. Het lag voor de hand hier bij beiden aan een artseniëxantheem te denken en wel werd dit op grond van den aard der efflorescenties, lichen resp. de combinatie lichen- en pityriasis rosea-achtige elementen, aan het salvarsan toegeschreven. Een gelijksoortig geval is door GOUGEROT meedeeld. Hij nam na toediening van salvarsanpreparaten bij een man en diens vrouw eene erythrodermie waar; deze conjugale erythrodermie werd toegeschreven aan eene onvoldoende leverfunctie (insuffisance protéopexique) als gevolg van „la même mauvaise hygiène qui a chez tous deux lésé les viscerès”.

Opmerkingen naar aanleiding van het histologisch onderzoek.

In de eerste plaats mogen de gevallen genoemd worden, waarbij het histologisch onderzoek voor het stellen der diagnose noodzakelijk of als steun voor de klinische diagnose gewenscht was.

In geval 17 sluit het histologisch beeld de diagnose leucoplakie uit. Bij deze aandoening toch komt wel eene hypertrophie van het epitheel voor, doch ontbreekt een infiltraat of, zoo het al aanwezig is, heeft het een ander karakter dan bij lichen.

De tongaandoening in geval 15 blijkt ook histologisch lichen te zijn; lues is op grond van het ontbreken van vaatveranderingen en de aard van het infiltraat uit te sluiten.

In geval 8, lichen op de penis, wordt de klinische waarschijnlijkheidsdiagnose door het histologisch beeld bevestigd.

Geval 18, lichen obtusus, vertoont alle kenmerken van den lichen. De in de preparaten dezer aandoening gevonden lipoïd-korrels bestaan niet uit cholesterinevetzsuresters, omdat zij niet dubbelbrekend zijn.

De lichenoides salvarsandermatitis (geval 19) geeft eveneens het histologisch beeld van den lichen. Opvallend in de preparaten

dezer aandoening is het zeer sterke oedeem en de bijzonder wazige epidermis-coriumgrens.

Vat men nu de histologie der onderzochte lichengevallen in het kort samen, dan blijkt de epidermis steeds verdikt te zijn, in de meeste gevallen zelfs in belangrijke mate. In de helft der gevallen van lichen van de huid bestaat hyperkeratose, slechts in een tweetal gevallen ook parakeratose. In alle vier gevallen van slijmvlieslichen is eene duidelijke hoornlaag aanwezig, waarbij in drie gevallen tevens parakeratose voorkomt. De korrell laag is in bijna alle gevallen dikker dan normaal, waarbij meer en minder dikke gedeelten met elkaar afwisselen. In sommige gevallen bevatten de korrelcellen zeer veel keratohyaline. Ook in de gevallen van slijmvlieslichen is eene duidelijke keratohyalinelaag waar te nemen; in een der gevallen is zij dun, in een tweede geval overal gelijk dik en in de beide andere gevallen komen plaatselijke verdikkingen voor. In de preparaten van den lichen obtusus en lichenoides salvarsandermatitis is de korrell laag eveneens verdikt. Ook de stekkellaag draagt in vele gevallen tot de epidermisverdikking bij, in het bijzonder moet de hyperplasie der stekelcellen in de gevallen van slijmvlieslichen genoemd worden. De cylindercellenlaag is daarentegen soms slecht ontwikkeld; dikwijls bestaat de onderste epitheel laag plaatselijk geheel uit platte cellen.

In de meeste gevallen vertoont de epidermis een sterk intra- en intercellulair oedeem. De vorm van de epidermis-coriumgrens is verschillend: recht, arcadeachtig, of wijkt alleen van den normalen vorm af door de groote afmeting der epitheelinzinkels en papillen. Niet zoo zelden is de grens onscherp, deels door de genoemde afwijking van het stratum germinativum, deels door het infiltraat, deels door het sterke oedeem in epidermis en corium. Een ander gevolg van het oedeem is de holtevorming. Deze werd in een zevental gevallen gevonden (1, 9, 10, 11, 16, 17, 19) en wel in het epitheel, ter plaatse van het infiltraat, juist op de grens van epidermis en corium en ook in beide. In geval 10 zijn de holten ontstaan, doordat de suprapapillaire epidermis boven een aantal naast elkaar gelegen papillen heeft losgelaten. De gelijkvormigheid deze holten maakt het waarschijnlijk, dat men hier met een kunstproduct (schrompeling door alcohol?) te maken heeft. Geheel anders is dit in geval 16, waar in het epitheel een aantal kleine holten bij elkander voorkomen en in de omgeving

der holten lymfhocyten zijn opgehoopt. De holten zijn in de opvolgende coupes der serie te vervolgen, waarbij blijkt, dat zij zich tot eene groote ruimte vereenigen. Dit geval lijkt mij bewijzend voor het voorkomen van holten bij lichen. Treedt dit proces nu juist aan de epidermis-coriumgrens op, dan laat zich begrijpen, dat de holte eene spleetvormige gedaante aanneemt. Loslating van beide huidlagen in de preparaten behoeft dus niet per sé een kunstproduct te zijn. In geval 17 komt deze loslating op meerdere plaatsen over ongelijke uitgestrektheid voor en laat zich op serie vervolgen; in de spleten werden protoplasmadraden en cellen aangetroffen. Deze feiten maken het onwaarschijnlijk, dat de loslating in dit geval aan het prepareeren is toe te schrijven.

Alle gevallen zijn gekenmerkt door een infiltraat in het corium, dat als een aanengesloten geheel tegen de epidermis aanligt. Behalve in een enkel geval is de ondergrens van het infiltraat steeds scherp. Meestal is het zeer celrijk en bestaat vooral uit lymfhocyten en daarnaast uit fibroblasten; soms werden ook enkele reuzecellen, plasmacellen en eosinophile leucocyten gevonden. Bijna zonder uitzondering komen ook in de epidermis eenige infiltraatcellen voor.

In bijna alle gevallen zijn de vaten verwijd, in sommige is er vaatnieuwvorming.

Colloïde ontaarding van het epitheel komt in enkele gevallen voor; wat vaker werd hyaline ontaarding van het bindweefsel gezien. Nu is uit een door CAROL verricht onderzoek gebleken, dat ook in normale huid hyalinedegeneratie van het bindweefsel kan voorkomen, doch enkele gevallen wijzen er op, dat de lichen hyaline ontaarding van het bindweefsel doet ontstaan. Zoo is in de gevallen 6 en 18 juist ter plaatse van de papel eene sterke hyaline verandering van het bindweefsel waar te nemen en in geval 9 (lichen annularis) is deze verandering juist in het centrum van den ring het duidelijkst. Ook in de preparaten van den lichen atrophicus (geval 10) is eene sterke hyaline degeneratie van het bindweefsel gevonden; waar hier de epitheelinzinksels en papillen behouden zijn, moet er misschien verband gezocht worden tusschen de inzinking van het niveau en de bindweefselverandering.

Wat het pigment betreft, als regel werd eene vermindering, resp. algeheele depigmentatie van de epidermis aangetroffen,

terwijl in een aantal gevallen, vooral in de langer bestaande, het corium rijk is aan chromatophoren. Toename van pigment in de epidermis werd nooit gevonden.

Tenslotte, naar aanleiding der onderzochte lichengevallen nog eene enkele opmerking over de kleur van de lichenpapel en de lijnen van WICKHAM. Vooral UNNA heeft getracht in den histologischen bouw eene verklaring voor de klinische kenmerken van de lichenpapel te vinden. Volgens UNNA berust de livide blauwroode tint op de dikke cellenlaag, welke door het verbreedde epitheel en het compacte cutisinfiltraat gevormd wordt en die als een troebel medium boven de verwijde capillairen ligt. Van de dikte der epitheel laag en in het bijzonder van de korrel laag zou afhangen of de kleur meer roodglanzend dan wel paarlemoerachtig is. Hoewel waarschijnlijk alle of een deel der opgesomde factoren tot de kleur bijdragen, is de verklaring blijkbaar nog niet zoo eenvoudig. In het door mij onderzochte geval van eene lichenpapel met normale huidkleur (geval 6) toch waren al de genoemde kenmerken aanwezig.

Het symptoom van WICKHAM werd door NEUMANN in verband gebracht met afwijkingen aan de zweetklieren, door TÖRÖK met de epidermishyperplasie. Volgens FRIEBOES zijn de „hoornlijnen” identiek met de witte lijnen op het mondslijmvlies en aan eene bepaalde verhoorningsanomalie toe te schrijven. DARIER beschouwt de groote hoeveelheid keratohyaline in het stratum granulosum, die zeer ongelijkmatig verdeeld is, als het anatomisch substraat van de punten en lijnen van WICKHAM. Vrijwel algemeen wordt deze opvatting als juist beschouwd.

GRAHAM LITTLE kan er zich niet mee vereenigen, omdat in zijne gevallen deze lijnen weinig frequent zijn en de vermeerdering van eleidine (vroeger ook een naam voor keratohyaline) een constant verschijnsel is. Evenwel vond SAPHIER, die de lichenpapel met den dermatoscoop bestudeerd heeft, het symptoom van WICKHAM ook in gevallen waar dit met het ongewapende oog niet waarneembaar was. Aanvankelijk vond SAPHIER bij zijn onderzoek de meening van DARIER bevestigd; in eene latere publicatie vermeldt hij, dat de lijnen van WICKHAM vermoedelijk ook op de aanwezigheid van lucht in de hoornlaag kunnen berusten.

In verband met de groote klinische overeenkomst tusschen

den lichen van het slijmvlies en de lijnen van WICKHAM in de huidpapels, waarop o.a. door BROcq gewezen is, lijkt mij de histologie van den slijmvlieslichen een belangrijke steun voor de opvatting van DARIER. Want bij den slijmvlieslichen wordt het voorkomen van eene keratohyalinelaag vermeld: in alle vier door mij onderzochte gevallen vond ik dit bevestigd. Nu wordt bijna algemeen opgegeven, dat behalve in de papillae filiformes van de tong, in het normale mondslijmvlies geene keratohyaline voorkomt. ¹⁾ Het ligt voor de hand de witte kleur van den slijmvlieslichen met de aanwezigheid dezer stof in verband te brengen, te meer waar ook bij leucoplakie eene keratohyalinelaag wordt aangetroffen. ²⁾ Dan mag hier nog herinnerd worden aan geval 19, waar in het preparaat ter plaatse van de kleine papel, die geheel de kleur der lijnen van WICKHAM vertoonde, veel keratohyaline in de cellen aanwezig was en daardoor ook voor de juistheid van de verklaring van DARIER pleit. Nog schijnt de ongelijke breedte der keratohyalinelaag in de lichenpapel bij een aantal der overige gevallen in dezelfde richting te wijzen, doch was mij geene methode bekend om vóór het uitsnijden van de papel de lijnen van WICKHAM zoodanig te kenmerken, dat deze in de preparaten zouden zijn terug te vinden ten einde na te kunnen gaan of deze lijnen werkelijk met de breede gedeelten der keratohyalinelaag overeenkomen.

Op het preparaat van de pityriasis rubra pilaris (geval 21) is de diagnose niet te stellen. Naast geringe verbreeding van de epidermis, waarbij vooral de folliculaire hyperkeratose opvalt, zijn er lichte ontstekingsverschijnselen, doch een uitstekende hoornkegel ontbreekt. Waarschijnlijk is deze bij het prepareren verloren gegaan (het huidstukje was zeer hard).

Deed het klinisch beeld in de gevallen van lichen VIDAL (22

¹⁾ RABL (1897) vermeldt het voorkomen van keratohyaline in verschillende slijmvliezen; doch week deze keratohyaline door verschillende eigenschappen van de keratohyaline in het stratum granulosum der huid af. De korrels waren grooter en minder talrijk, zij kleurden zich niet met haematoxyline, wel met eosine. KOLLMANN en PAPIN hebben bij de cavia keratohyaline aangetoond in het oesophagusepitheel.

²⁾ MILIAN (vermeld door NOGUÉ) meent, dat de witte kleur der leucoplakie veroorzaakt wordt door „l'état trouble” van de cellen van het stratum mucosum, welke het gevolg zou zijn van toxinen, afkomstig van in de derma gelegen ontstekingshaarden. Er wordt niet meegedeeld, wat onder „état trouble” verstaan wordt. Voor zoover mij bekend, wordt deze meening niet door anderen gedeeld.

en 23) ook aan lichen planus denken, histologisch is deze ziekte uit te sluiten. De histologie dezer gevallen laat zich als volgt samenvatten. Beide zijn gekenmerkt door oedeem in epidermis en corium, perivasculaire infiltratie en acanthose; ook de papillen zijn grooter dan normaal. Het oedeem in de epidermis is intra- en intercellulair; het is in geval 23 slechts gering. Toch is in dit geval een begin van holtevorming waar te nemen; in geval 22 vallen de wijde interepitheliale oedeemspleten op.

Het stratum corneum is in geval 22 verdikt; in geval 23 is deze laag dun, doch zijn hier en daar hoornproppen gevormd. Er is parakeratose, in geval 22 zeer matig. In beide is een dun stratum granulosum aanwezig; in geval 23 vertoont deze laag geringe plaatselijke verbredingen. In geen van beide gevallen is het aantal mitosen in het epitheel opvallend groot. Het stratum germinativum is steeds regelmatig gevormd, de hoeveelheid pigment in deze laag kleiner dan normaal.

Behalve in enkele kleine gedeelten in de preparaten van geval 22 is de epidermis-coriumgrens scherp; loslating van beide lagen werd niet aangetroffen.

Het infiltraat vormt geen tegen de epidermis aansluitende schijf zooals bij lichen ruber voorkomt. De om de verwijde vaten gelegen infiltraten bestaan uit lymphocyten en fibroblasten; plasmacellen ontbreken, in geval 22 komen wel mestcellen voor. Ook in de epidermis zijn infiltraatcellen aanwezig. In geen der gevallen is eene belangrijke ophooping van chromatophoren in het corium gevonden, noch eene sterke hyalinedegeneratie van het bindweefsel.

De gevallen van eczeem met secundaire lichenificatie (24 en 25) vertoonen groote overeenkomst met de primaire lichenificatie. Evenals bij deze is er oedeem in epidermis en corium, perivasculaire infiltratie, alsmede acanthose en lange papillen. Ook zijn in beide gevallen infiltraatcellen in de epidermis waar te nemen. Geval 24 vertoont een abscesje in het stratum corneum; dit komt bij de primaire lichenificatie niet voor.

De hoornlaag is in het eene geval dun, in het andere dik; in beide is er parakeratose. De korrellaaag is smal, met plaatselijke verdikkingen in het eene, met defecten in het andere geval. De stekellaag is in beide dik; het intercellulaire oedeem in deze laag is sterker ontwikkeld dan het intracellulaire; in één geval is er

holtevorming in het epitheel. In beide gevallen is er eene aanduiding van depigmentatie van de cylindercellenlaag. De vaten zijn verwijd. Voornamelijk om de vaten komen uit lymphocyten en fibroblasten bestaande infiltraten voor; in een geval zijn ook plasmacellen en cellen met meerdere kernen in het infiltraat te vinden. Er is geen hyperpigmentatie van het corium.

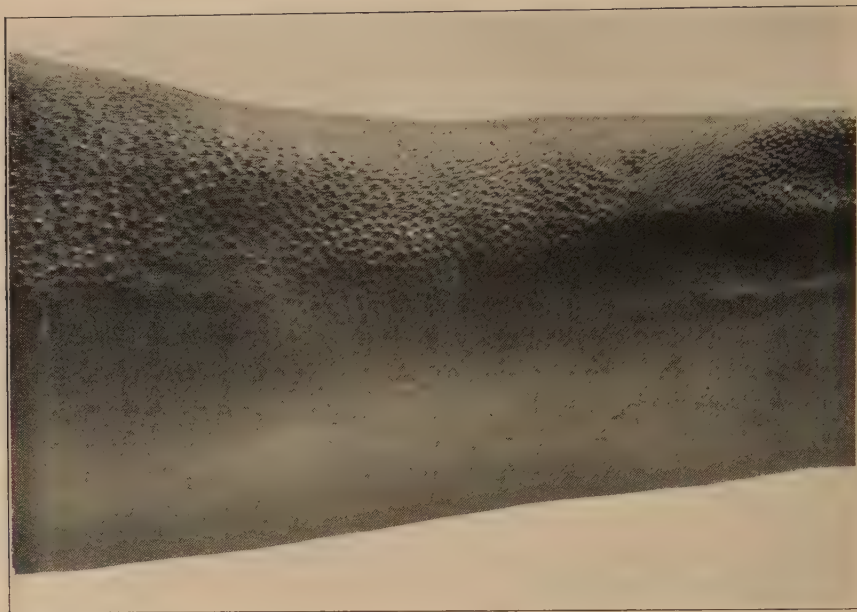
De platte wrat (26) is histologisch gemakkelijk van den lichen te onderscheiden. Het preparaat vertoont wel verdikking der verschillende epidermislagen, doch zoowel hier als in het corium ontbreken ontstekingsverschijnselen, waardoor de lichen ruber gekenmerkt is.

De histologische veranderingen van het mondslijmvlies in het geval van leucoplakie (27) komen wel eenigszins met die der lichenificatie overeen: er is acanthose, oedeem in epidermis en corium, alsmede eene geringe infiltratie. De verdikking van het stratum granulosum past minder in dit beeld, alsmede de buitengewoon geringe parakeratose.

Van wege hunne bijzondere beteekenis wil ik aan het einde van dit hoofdstuk een tweetal bijzondere gevallen meedeelen, die in 1926 op vergaderingen der Nederlandsche Vereeniging van Dermatologen gedemonstreerd zijn.

a. Door EDEL werd een patiënt met pityriasis rubra pilaris vertoond, bij wien ook het mondslijmvlies aangetast was. Het betrof een 53-jarige man, bij wien de aandoening sinds 1½ jaar bestaat. De verschijnselen zijn begonnen aan de polsen en breidden zich in korten tijd over het geheele lichaam uit, gepaard gaande met veel jeuk. Er bestaan groepsgewijze geplaatste, folliculaire hoornpapeltjes op borst, rug, armen (afbeelding 28) en rugzijden van handen en vingers. Onmiddellijk rondom de verhoornde follikels is de huid duidelijk rood. Het gelaat is vrij gebleven. Het behaarde achterhoofd vertoont eene diffuse pityriasis sicca zonder folliculaire verhoorning.

Het wangsljimvlies is diffuus leucoplakia-achtig veranderd. Het gehemelte eveneens, en bovendien bezet met witte punten, welke zich van de omgeving duidelijk onderscheiden. Het meest valt op het slijmvlies van de tong. Daarop bestaat een fijn netwerk van witte lijnen, waartusschen roode veldjes zijn uitgespaard. Het geheel doet denken aan het net om een meloen. Waarschijnlijk is



Afb. 28. Pityriasis rubra pilaris. (geval EDEL).

een en ander veroorzaakt door verandering der papillen, welke onderling straalsgewijze zijn verbonden door uitbreiding der aandoening van de papillen op het omgrenzend epitheel.

b. Een geval van VAN WERING; pityriasis rubra pilaris bij een meisje van $4\frac{1}{2}$ jaar. Het kind werd voor de eerste keer onderzocht, toen het $1\frac{1}{2}$ jaar oud was voor eene huidaandoening, die reeds $\frac{1}{2}$ jaar bestond. De aandoening was zeer uitgebreid; slechts enkele door kromme, boogvormige en onregelmatige lijnen begrensde gedeelten der huid waren vrij. De zieke huid was rood en bezaaid met polygonale, speldeknoopgroote papels, die typisch waren voor lichen ruber, in het bijzonder werden de papels aangetroffen op gelaat, hals, schouders, borst, billen en extremiteiten. De huid van het behaarde deel van het hoofd was met eene dikke laag fijne schilfers bedekt. Het mondslijmvlies was normaal. Overigens was het kind gezond; de reactie van VON PIRQUET was negatief. Er waren geen andere ziekten voorafgegaan; de ouders waren gezond.

Het patiëntje werd behandeld met liq. Fowleri en was na twee maanden hersteld. Tijdens de behandeling ontstond eene

fijne pityriasiforme schilfering; op het behaarde hoofd vormden de schilfers door retentie eene dikke laag. Eigenaardig was, dat de genezing met pigmentarmoede verliep.

Ruim twee jaar later ontstond een recidief met groote plaques van lichenpapeltjes op armen, onderbeenen en stuit met daarnaast vele verspreid staande papeltjes van speldeknopgrootte en wat daarboven. In het verdere beloop werd de uitslag op de extremiteiten nog dichter en breidde zich ook op schouders en romp uit. In het gelaat kwamen deze keer geen papels voor: de huid was hier rood en schilferde, was ook gezwollen en gespannen met eene aanduiding van ectropion. Rondom de ooren kwamen nu en dan



Afb. 29. Pityriasis rubra pilaris.
Platte papels op de zijvlakte van den romp
(geval van WERING).

eczematoïde verschijnselen voor. Het behaarde hoofd was moeilijk van schilfers vrij te houden. Handpalmen en voetzoolen waren rood en vertoonden eene aanhoudende schilfering. Het nagelbed was opvallend rood en de bewerking der nagels zeer pijnlijk.

Op den duur werd het papuleuse karakter der aandoening minder duidelijk en was nog vooral aan de meerdere diepte der huidgroefjes terug te vinden. Wel bleef de roodheid en de fijne schilfering behouden. Opvallend was het verschil in pigmentatie: de zieke huid was arm aan pigment, het vrij gebleven deel sterker dan normaal gepigmenteerd.

Naast de vlak geworden lichenpapeltjes kwamen toen aan de rugzijde der vingers en polsen en in den nek vuilgrauwe hoornkegeltjes te voorschijn, die bij het betasten het gevoel gaven alsof men over eene rasp strijkt. De meeste hoornkegeltjes vertoonden een lanugohaar in het centrum. De diagnose pityriasis rubra pilaris werd op de volgende verschijnselen gesteld: pityriasis capitis, de roode schilferende gespannen huid van het gelaat met ectropion, droge lichenoïde papeltjes en grauwe, folliculaire kegeltjes met een haar in het centrum aan den nek, rugzijde van polsen en vingerleden, schilfering van handpalmen en voetzoolen, roodheid van het nagelbed, schilfering en roodheid met duidelijke teekening der huidgroefjes en chronisch verloop.

Door het geval van EDEL is het geringe aantal gevallen van pityriasis rubra pilaris met slijmvliesafwijkingen, dat tot nu toe bekend is, met één vermeerderd.

In het geval van VAN WERING was merkwaardig, dat de genezing van den lichen met depigmentatie verliep, een beloop, dat echter wel meer is waargenomen, evenals de hyperpigmentatie op de gezonde huid bij dit patiëntje. Bovenal is het geval hier meegedeeld, omdat toen het recidief van den lichen verdwijnen ging, er symptomen van de pityriasis rubra pilaris voor den dag kwamen. Toen het kind op de genoemde vergadering gedemonstreerd werd, waren er nog duidelijk platte papels aanwezig, zooals op bijgaande afbeelding (29) van de photo, die kort daarop gemaakt is, te zien is. Gevallen als dit van VAN WERING leveren een argument te meer om de pityriasis rubra pilaris in de lichen-groep op te nemen.

HOOFDSTUK V.

Differentiale diagnostiek.

1. *Lichen planus en lichen VIDAL.*

Om herhalingen te vermijden mag gelijktijdig met de differentiale diagnose tusschen lichen en lichen VIDAL de opvatting van DIND besproken worden.

DIND verstaat onder lichen eene parasitaire aandoening, die gekenmerkt is door chronisch verloop en polymorphie. Zijn lichen vormt eene groep, „une entité morbide”, die hij met de drie andere voornaamste infectieziekten, tuberculose, lues en lepra vergelijkt. Deze groep zou naast lichen planus en lichen VIDAL waarschijnlijk ook de prurigo diathésique van BESNIER omvatten. Nog noemt DIND het granuloma annulare, dat mogelijk ook in de groep zou behooren en enkele zeldzame ziektebeelden, waarvan de diagnose nog onzeker en het verband met lichen heel twijfelachtig is. Om zijne hypothese waarschijnlijk te maken, tracht DIND aan te toonen, dat lichen en lichen VIDAL parasitaire ziekten zijn en wijst hij op klinische en histologische punten van overeenkomst tusschen beide ziektebeelden (over de prurigo van BESNIER wordt in het verdere betoog met geen enkel woord meer gerept).

Wat de polymorphie betreft, wijst Dind op de afwijkingen in grootte en kleur der platte lichenpapels in verschillende gevallen, op het voorkomen van een kuiltje bij een deel der lichenpapels en op het bestaan van spitse en stompe elementen naast de platte papels van den lichen.

Nu zijn bacteriën in lichenpapels nooit met zekerheid aangetoond (zie pag. 32). Wat de lichenificatie betreft, valt te vermelden, dat SABOURAUD haar aan streptococceninfectie toeschrijft; deze zienswijze is volgens BROcq en JADASSOHN onjuist.

Door DIND verrichte entproeven met eene platte lichenpapel bij een aap en een konijn leverden negatieve resultaten op. Hij heeft daarom op andere wijze getracht den parasitair aard van den lichen aan te toonen. Met bloed van een aantal patiënten met lichen, resp. lichen VIDAL heeft hij de reactie van BORDET-GENGOU verricht, waarbij als antigeen gebruikt werd „lichenine”. Deze stof was bereid door eene fijn verdeelde lichenplaque met alcohol te extraheeren. Hoewel de reactie bij den lichen (3 gevallen) nooit en bij den lichen VIDAL slechts in 4 der 14 gevallen positief gevonden werd, besluit DIND uit deze resultaten, dat zij krachtig voor de parasitaire natuur van den lichen planus pleiten.

Nog is door DIND in andere richting gezocht; hij heeft bij lichen en lichen VIDAL de bloedformule bepaald, doch daarbij geene veranderingen gevonden.

Ten slotte worden klinische kenmerken als steun voor de infectietheorie aangevoerd. Zoo noemt DIND het voorkomen van familiare gevallen; gegeneraliseerde uitbreiding in aansluiting aan eene lang bestaande lichenplaque; het voorkomen van annulaire vormen met centrale genezing en lichen-en-chapelet, die eene inoculatie door krabben doet vermoeden. Inderdaad zijn deze kenmerken wel als argumenten voor een parasitair oorsprong te beschouwen, doch alleen voor lichen planus, want behalve het eerstgenoemde kenmerk komen de andere bij lichen VIDAL of in veel geringere mate of in het geheel niet voor. Nog voegt DIND er aan toe, dat in vele gevallen van lichen en lichen VIDAL door eene antiparasitaire therapie (en als zoodanig noemt hij dan arsenicum en wel bij voorkeur als neosalvarsan intraveneus) genezing verkregen wordt. Volgens BROcq e.a. zijn de resultaten dezer behandeling bij lichen VIDAL niet zoo schitterend.

Mede op grond van de herkomst zijner patiënten met lichen VIDAL — zij woonden meestal niet in groote steden —, acht DIND het onwaarschijnlijk, dat nerveuse invloeden van betekenis zouden zijn voor het ontstaan dezer aandoening. Evenmin kent hij betekenis toe aan de andere door BROcq opgesomde factoren (intoxicatie door koffie enz.).

Bij het klinisch bewijs zijner stelling wijst DIND eigenlijk alleen op de groote overeenkomst der plaques van beide aandoeningen en noemt daarbij als gemeenschappelijke kenmerken: pigment-

afwijkingen, papuleuse efflorescenties, jeuk en den ronden of ovalen vorm. Hij citeert de beschrijvingen der plaques, zooals deze voor beide ziekten door BROcq en DARIER gegeven zijn. Volgens DIND wekken zij den indruk, dat het klinisch beeld bij beide ziekten weinig verschilt, zoo niet gelijk is; de geringe verschillen acht hij niet van essentiele beteekenis. Er zou geen enkel kenmerk zijn, waaraan men de lichenplaque van den lichen VIDAL zou kunnen onderscheiden. Hier moet gewezen worden op het kleurverschil der verschillende zones, zooals door BROcq voor typische gevallen beschreven is en op de localisatie van den lichen VIDAL. Zelf doet DIND zijne bewering evenwel te niet, door later als argument voor de verwantschap der beide aandoeningen aan te voeren, dat zij zoo vaak gecombineerd voorkomen. (m.i. is deze combinatie zeldzaam). Dat de onderscheiding van eene lichenplaque en lichen VIDAL moeilijk kan zijn en als afzonderlijke papels ontbreken, soms geheel onmogelijk, geeft men DIND grif toe. Doch wordt met deze uitspraak ook door DIND de beteekenis van de specifieke papel voor de diagnose erkend, hoewel hij overigens in zijn betoog overal wel zeer gemakkelijk over de verschillen tusschen de papels van beide aandoeningen heenloopt. Met enkele voorbeelden mag dit nader aangetoond worden.

Als de neurodermitis door salvarsanbehandeling geneest, ontstaan volgens DIND bij de regressie uit de plaque typische lichen planus-papels. Hierbij moet opgemerkt worden, dat het feit heel belangrijk zou zijn, maar het is niet waar. Elders wijst DIND er op, dat de lichen direct als een gegeneraliseerde uitslag kan beginnen, maar meestal een lokaal karakter heeft, waarbij hij dan tegenover elkaar stelt een lokalen vorm met geïsoleerde papels en een, waarbij zij vanaf het begin groepvorming vertoonen. Den laatsten noemt DIND lichen VIDAL. Ten slotte mag nog aangehaald worden, dat DIND aan het feit, dat bij lichen in de omgeving van eene plaque lichen ruber-papels voorkomen, toevoegt, dat deze bij lichen VIDAL daar ontbreken, doch wel in de centrale en tusschenzone voorkomen. Eenigszins misleidend voegt DIND er aan toe: „zie DARIER”. Inderdaad is het laatste deel van dezen zin aan DARIER ontleend, doch DARIER heeft bij de beschrijving van den lichen VIDAL het oog op de papels dezer aandoening en niet op lichenpapels. Overigens is het onjuist, dat in de omgeving van eene lichen VIDAL-plaque afzonderlijke

papels altijd zouden ontbreken. In al de aangehaalde gevallen doet DIND het voorkomen alsof er tusschen de papels van beide ziekten geen verschil is. Nu kan de gelijkenis wel eens zeer groot zijn en onderscheiding op het beeld van eene enkele papel onmogelijk. BROCCQ noemt de volgende verschilpunten. De papels van den lichen VIDAL zijn minder scherp begrensd, hun oppervlak is minder glanzend; zij hebben niet de typische kleur, geen dellen. ¹⁾ De paarlmoerachtige lijnen en punten, welke bij lichen in de papels voorkomen, worden bij lichen VIDAL nooit gevonden; DIND noemt het symptoom van WICKHAM in het geheel niet. Wel wijst hij er op en terecht, dat de kleur van de lichenpapels nogal varieert; evenwel heeft de lichen vaak eene livide roode tint, deze wordt bij lichen VIDAL maar bij uitzondering aangetroffen. In het algemeen is het kleurverschil tusschen papels en de omgevende normale, vaak wat gepigmenteerde huid bij lichen VIDAL geringer dan bij lichen. Ook in de plaque is bij beide aandoeningen soms het karakter van de papels nog te herkennen.

De „grattage méthodique” leert volgens BROCCQ nog een verschil tusschen de papels van lichen en lichen VIDAL kennen. De gelichenificeerde huid biedt bij dit onderzoek veel weerstand, terwijl bij den lichen in de papels reeds spoedig, vooral aan de peripherie, kleine bloedingen onder de epidermis optreden; soms vormt zich daarbij een met bloed gevuld blaasje.

Tamelijk dikwijls is bij lichen ook het mondslijmvlies aangedaan; algemeen wordt opgegeven, dat bij lichen VIDAL het slijmvlies slechts bij uitzondering afwijkingen vertoont. Volgens BROCCQ komt bij een patiënt met lichen VIDAL op het mondslijmvlies nooit een typische lichen voor. Wel kent hij slijmvliesveranderingen, vooral aan de vulva, die door witte kleur en afschilfering gekenmerkt zijn en als lichenificaties van het slijmvlies zijn op te vatten. DIND heeft in één geval van lichen VIDAL op het mondslijmvlies eene leucoplakieachtige streep aangetroffen en neemt daarop aan, dat er ook in dit opzicht overeenstemming bestaat. Zooals reeds vermeld is, wijst ook ERICH HOFFMANN op het zeldzaam voorkomen van slijmvliesafwijkingen bij lichen VIDAL.

¹⁾ Nog wijst BROCCQ op een ander verschil: de lichen VIDAL-papels hebben niet „l'aspect comme néoplasique qui fait que la papule du lichen plan est en quelque sorte bombée et comme tendue”. Wat hiermee bedoeld wordt is mij niet duidelijk.

Van veel belang lijken mij nog de volgende verschilpunten tusschen beide ziekten. Afgezien van de zeldzame gevallen, waarbij in een zeer kort tijdsbestek (b.v. 24 uur) een over het geheele lichaam gegeneraliseerde lichen optreedt, is de lichen gekenmerkt doordat hij als een of enkele afzonderlijk gelegen papeltjes, ter grootte van enkele huidveldjes begint (behoudens de annulaire vorm), terwijl de lichen VIDAL steeds over eene huidvlakte begint, die belangrijk grooter is dan een of enkele huidveldjes.

Ook in de verdere ontwikkeling vindt men deze eigenschap terug. De lichen blijft het karakter behouden van eene huidziekte, waarbij zich op verschillende plaatsen papels vormen, die uit huidveldjes ontstaan en bestaan. HALLOPEAU zegt het aldus: „les papules sont indépendants les unes des autres”. De lichen VIDAL daarentegen tast steeds huidvlakten aan, die grooter zijn dan enkele huidveldjes; afzonderlijke papels komen slechts in de onmiddellijke omgeving der groote plaques voor. Een ander bijzonder kenmerk van den lichen is, dat hij zich kan generaliseren en algemeen worden. Nu bekend is, dat ook bij lichen VIDAL gegeneraliseerde uitbreiding kan voorkomen, heeft deze eigenschap voor de differentiale diagnose aan belang ingeboet. Dat er in twijfelachtige gevallen toch nog waarde aan wordt toegekend, blijkt uit het feit, dat GRAHAM LITTLE de diagnose lichen simplex niet stelt, als „the distribution suggests lichen planus”. Evenzoo zegt FRIEBOES, dat diffuus symmetrische uitbreiding voor lichen planus pleit.

Ten slotte moet herinnerd worden aan het feit, dat de lichen-papel in een blaasje of blaas kan overgaan; zelfs kunnen er naast of na lichen ruber direct blaasjes en blazen ontstaan en ook erythemen. Nooit is bij den lichen VIDAL een pemphigus- of dermatitis herpetiforme-achtige overgang waargenomen, hoewel er microscopisch oedeem blijkt te bestaan.

DIND meent, dat de histopathologie van lichen en lichen VIDAL er niet tegen pleit om beide aandoeningen in ééne groep te vereenigen; integendeel zou de histopathologische bouw de verwantschap, ja zelfs de gelijkheid van beide aandoeningen bewijzen. Om dit aan te toonen gaat hij allereerst de literatuur na. Op grond van een kort overzicht komt DIND tot de conclusie, dat de door verschillende onderzoekers gegeven beschrijvingen over de histopathologie van den lichen sterk uiteenloopen. „Il nous per-

mettra de ne pas nous incliner devant une argumentation histologique trop impérieuse'', voegt hij eraan toe. Ook eenige publicaties over den lichen VIDAL deelt DIND mee en merkt daarbij op, dat zij nog gering in aantal zijn en weinig overeenstemmen. De verschillen bij lichen meent hij gedeeltelijk te mogen verklaren door den verschillende ouderdom der onderzochte gevallen, daar reeds meermalen aangetoond is, dat het histologisch beeld van de lichenpapel in verschillende stadia zijner ontwikkeling ongelijk is. Voor den lichen VIDAL vermoedt hij hetzelfde.

Omdat de epidermisafwijkingen secundair zijn, meent DIND deze eigenlijk buiten beschouwing te kunnen laten, om dan vooral de aandacht te vestigen op de vermelding van een scherp begrensde, in hoofdzaak uit lymphocyten bestaand infiltraat en de verlenging der papillen (en epitheelinzinkels) zoowel in de publicaties over de neurodermitis als in die over lichen. Voorts wijst hij op het voorkomen van eene hyperpigmentatie, die bij beide ziekten in vitiligoachtige processen kan overgaan. Hij geeft toe, dat er verschillen bestaan, doch meent, dat deze zijne theorie niet in den weg staan, omdat zij ook bij de diverse vormen van huidtuberculose (resp. lues en lepra) worden waargenomen.

Verder voert DIND de resultaten van eigen onderzoek als bewijs aan. Hij beschrijft de histologie van één geval van lichen planus en één geval van lichen VIDAL. Het artikel bevat eenige microfoto's, ook van enkele andere gevallen.

Het geval van lichen bestond nog slechts korten tijd. DIND onderzocht twee papels, die drie maanden na elkaar weggenomen zijn. Hij wijst vooral op een zeer sterk oedeem der epitheelinzinkels, de dunne epidermis, den zeer onregelmatigen bouw van het stratum basale (hoog in het stratum MALPIGHI komen basaalcellen voor = bousculade épidermique) en de door infiltratie gezwollen papillen in de preparaten van de jonge lichenpapel. Bij de tweede papel was het oedeem in epidermis en corpus papillare verminderd, stratum corneum en stratum granulosum waren belangrijk verdikt, het stratum basale nagenoeg weer geheel regelmatig. Terwijl in het jeugd stadium de papillen breed en onregelmatig waren, vond hij bij de tweede papel een eigenaardig verloop van de epidermis-coriumgrens — en coupole —, doordat naast elkaar gelegen papillen zich vereenigd hadden, waarbij als resten der daardoor verdwenen epitheelinzinkels hier en daar in

het corpus papillare enkele epitheelcellen of groepen dezer cellen gevonden werden. Omdat in het onderste deel der papillen de druk minder krachtig is, zijn deze resten soms knotsvormig.

Bij het door DIND beschreven geval van neurodermitis, dat drie jaar oud was, werd een perivasculaire infiltraat gevonden, dat in het corpus papillare diffuus wordt. Het infiltraat bestond in hoofdzaak uit lymphocyten; in de papillaire laag kwamen ook enkele epitheloïde cellen voor, die van het stratum basale afkomstig zouden zijn. Enkele der epitheelinzinkels waren aan de basis het breedst. In het centrum van de papel vond DIND de „bousculade” van de basale laag en waren ook de bovenliggende epitheel-lagen onregelmatig gevormd. In de randzone was de epidermis oedemateus; er was daar een dun stratum granulosum, dat met een uit kernhoudende cellen bestaand stratum disjunctum bedekt is. In de onderste epitheel-lagen van de papel was holtevorming waarneembaar.

Bij het bovenstaande résumé mag het volgende worden opgemerkt.

De verschillen in de diverse histologische publicaties over lichen, resp. lichen VIDAL worden door DIND wel wat sterk onderstreept. Althans geldt dit voor den lichen. Inderdaad bestaat over een aantal ondergeschikte punten nog wel verschil van meening, doch zijn deze van zoo weinig beteekenis, dat iemand met veel ervaring als DARIER schrijft: de bouw van de platte lichenpapel is karakteristiek.

Uit het onderzoek van DIND blijkt, dat de histologische bouw van de lichenpapel op den duur verandert. Voor den lichen VIDAL heeft hij dit niet aangetoond. Wel constateert hij verschil in bouw tusschen het centrale en periphere deel van de lichen VIDAL-papel, die als „la partie la plus lésée” en „lésion débutante” tegenover elkaar gesteld worden, doch kan deze bevinding niet als bewijs gelden. DIND krijgt hier later steun van andere zijde. In de intusschen verschenen publicatie van ALEXANDER wordt er op gewezen, dat in het tweede stadium = lichenificatie (terminologie van ALEXANDER) dezelfde afwijkingen voorkomen als bij de jonge lichen VIDAL-papel, doch minder sterk zijn. Het is dus juist, dat zoowel de lichen als de lichen VIDAL „ouderdomsverschijnselen” vertoonen, doch verleent dit feit geen steun aan de hypothese der identiteit.

Met de vermelding van den aard van het infiltraat — in hoofdzaak lymphocyten, waartusschen bij beide aandoeningen van het stratum basale afkomstige cellen voorkomen — en de scherpe begrenzing zijn de verhoudingen door DIND niet geheel juist en onvoldoende weergegeven. Bij lichen vormt het infiltraat één geheel, dat tegen de epidermis aanligt en eene scherpe ondergrens bezit; het is dicht en gelijkmatig verspreid. Deze eigenschappen ontbreken bij lichen VIDAL; het infiltraat is daar overwegend perivasculaire en bestaat uit verspreide groepen van cellen; het is ook minder dicht.

Aan de epidermisafwijkingen kent DIND weinig waarde toe; hij wijst vooral op de door hem bij lichen en lichen VIDAL gevonden „bousculade” van het stratum basale en de acanthose. Hierbij moet opgemerkt worden, dat ook in de epidermisafwijkingen bij beide ziekten verschilpunten zijn aan te wijzen. Bij lichen VIDAL komt meer algemeen parakeratose, met geringe ontwikkeling of geheel ontbreken van het stratum granulosum voor en blijft de acanthose vrijwel onveranderd bestaan, terwijl bij lichen de acanthose op den duur plaats maakt voor hyperkeratose, waarbij de hoorncellen slechts zelden kernhoudend zijn. Bovendien vertoont het stratum granulosum bij lichen eene ongelijkmatige verbreding.

DIND beschouwt de holtevorming in het door hem onderzochte geval van lichen VIDAL als een krachtig argument voor zijne opvatting, omdat ook bij lichen dikwijls holtevorming aangetroffen wordt. Hier kan nog toegevoegd worden, dat ook HEIMANN deze eene enkele maal bij lichen VIDAL waarnam. Doch ALEXANDER komt na onderzoek van een groot aantal gevallen juist tot de conclusie, dat ondanks de aanwezigheid van een sterk oedeem de vorming van groote holten, zooals bij lichen voorkomt, bij lichen VIDAL tot de uitzonderingen behoort. BROcq is dezelfde meening toegedaan.

Wat ten slotte het pigment betreft, op dit punt bestaat wel overeenstemming. De epidermis vertoont bij lichen VIDAL meestal depigmentatie; ook bij lichen is dit in den regel het geval. De hyperpigmentatie berust bij beide op pigmentophooping in het corium.

Alles bijeen genomen, meen ik dat er groote verschillen zijn in de histopathologie der beide aandoeningen, lichen ruber planus en

lichen VIDAL, n.l. in infiltraatvorm en in epidermisafwijkingen. De histopathologie wetigt eer een verschil tusschen beide ziekten dan eene overeenkomst aan te nemen, zooals DIND geneigd is te doen. Zijn beroep op de verschillende histopathologische beelden bij diverse tuberculosevormen (resp. lues, lepra) gaat niet op, omdat zooals BROCQ opmerkt, de gelijke aetiologie daar bekend is.

Niet geheel onverdiend maakt BROCQ over het betoog van DIND de volgende opmerking: „Tout ce qui semblerait faire „concorde les lésions histologiques des deux affections est soigneusement recueilli par lui. Tout ce qui semble indiquer que ces „deux affections ne peuvent être identifiées est voilé ou combattu”.

Samenvatting. DIND heeft voor de parasitaire theorie van den lichen geen nieuwe argumenten aangevoerd. Evenmin blijkt uit zijn onderzoek, dat de lichen VIDAL door een infectieus agens veroorzaakt wordt, noch dat de aetiologie van beide ziekten dezelfde is. Elke basis om op grond der aetiologie beide ziektebeelden in eene groep te vereenigen ontbreekt. Het is ongewenscht om met DIND beide ziekten zonder meer als lichen aan te duiden.

In den regel is de lichen ruber planus zoowel klinisch als histologisch van lichen VIDAL te onderscheiden.

2. *Lichen planus en verrucae planae.*

Gelijk met de platte wrat moet de epidermodysplasia verruciformis genoemd worden, welk ziektebeeld het eerst door LEWANDOWSKY en LUTZ beschreven is. Hierbij komen papels voor, die zeer veel op platte wratten gelijken, doch daarvan histologisch verschillen, somtijds ook klinisch door eene donkerder kleur en weeker consistentie. Het zijn n.l. ook kleine, vlakke, ronde of polygonale papels van bleekrose tot livideroode of bruinroode kleur, welke soms een glanzend oppervlak hebben. Door confluentie dezer papels ontstaan grootere haarden met polycyclischen rand. Een deel der papels schilfert; na verwijdering der schilfers komt een oppervlak bloot, dat in polygonale, lichenoïde facetten verdeeld is. Soms is de omgevende huid sterk gepigmenteerd. Naast de papels komen platte en gewone wratten voor, benevens overgangsvormen tusschen papels en wratten. De uitbreiding is exanthemachtig symmetrisch over een groot oppervlak. Subjectieve symptomen ontbreken. De aandoening kan jaren onveranderd blijven bestaan; in drie van acht gevallen werd overgang

in carcinoom waargenomen. De opvatting van LEWANDOWSKY en LUTZ, dat men hier met een afzonderlijk ziektebeeld te doen heeft, wordt niet algemeen gedeeld; o.a. beschouwt E. HOFFMANN het als een der vormen, waarin de polymorphe wrattenziekte zich kan voordoen en noemt haar verrucosis generalisata aut disseminata.

Door vorm, kleur en centraal kuiltje kan de platte wrat min of meer op de platte lichenpapel gelijken, doch zij is meestal grooter, heeft niet zoo'n sterke glans als lichen en mist het symptoom van WICKHAM; de omtrek is in den regel niet zoo polygonaal als bij den lichen planus het geval is. Hetzelfde geldt voor de epidermodysplasia verruciformis, die bovendien door de uitbreiding nog aan lichen doet denken; de jeuk ontbreekt echter en tot heden is op het slijmvlies geene localisatie van deze aandoening gevonden.

Histopathologisch is de differentiale diagnose gemakkelijk te stellen door het ontbreken van het kenmerkende infiltraat. Ook de epidermisafwijkingen zijn verschillend. Bij de platte wrat en de epidermodysplasia verruciformis komen alleen hyper-, parakeratose en acanthose voor. Laatstgenoemde aandoening vertoont verder eene vacuolisatie van groote celcomplexen van korrel- en stekellaag, die in veel geringer mate bij de platte wrat voorkomt.

3. *Lichen planus en oorlogsmelanose.*

Door EDEL is beschreven het voorkomen van eene uitgebreide brons- tot chocoladekleurachtige melanodermie in het beginstadium van lichen planus, op plaatsen, waar lichenefflorescenties ontbreken. In twee zijner gevallen waren slechts enkele lichenpapels aanwezig. Ook PIRILÄ en OBERMILLER hebben gevallen van lichen waargenomen, waarin vroegtijdig eene intensieve diffuse pigmentatie voorkwam. OBERMILLER vermeldt, dat lichen pigmentosus dezelfde praedilectieplaatsen heeft als lichen planus. De uitbreiding is symmetrisch en komt dikwijls overeen met het net der oppervlakkige huidvenae, waarbij eene bruin gekleurde cutis marmorata ontstaat. Hoe rijker de normale huid aan pigment is, des te donkerder is de kleur van den lichen pigmentosus. Door behandeling met arsenicum verdwijnt de hyperpigmentatie.

Het voorkomen van eene melanodermie in jonge stadia van lichen maakt het wenschelijk om de melanose van RIEHL in dit overzicht te vermelden. Als zoodanig is bekend een ziektebeeld, dat vooral in de oorlogsjaren waargenomen werd en vermoedelijk

eene alimentaire oorzaak heeft; bovendien wordt een invloed van ultraviolet licht aangenomen. De aandoening is gelocaliseerd op gelaat, hals en de strekzijde der vingers, vooral op de eerste phalanx; behalve op het behaarde hoofd, komt zij zelden voor op bekleede deelen der huid. Het meest opvallende symptoom is de pigmentatie, gewoonlijk als erwtgrootte licht- tot donkerbruine meest folliculaire vlekken beginnend, die met elkaar samenvloeien. Behalve geringe roodheid komt er hyperkeratose voor. Op de vingerruggen overweegt de laatste boven de pigmentatie; hier komen in de verwijde follikels hoornpropfen voor. Op het behaarde hoofd ontbreken de pigmentvlekken, er is alleen hyperkeratose, waarbij op de haren spoelvormige, uit hoornlamellen opgebouwde vormsels voorkomen.

Volgens KERL is de differentiale diagnose met die gevallen van lichen planus, waarbij sterke pigmentatie voorkomt, gemakkelijk, omdat bij de melanose van RIEHL geen slijmvliesafwijkingen voorkomen en de aandoening juist gelocaliseerd is op plaatsen, waar de lichen zelden voorkomt (gelaat, behaarde hoofd). Van belang is verder het histologisch beeld, dat belangrijk van dat bij lichen afwijkt. De epidermis toch is vrijwel normaal, met name is er geene acanthose. Er is een kleincellig infiltraat; de donkere kleur berust op pigmentafzetting in het stratum subpapillare, het stratum basale vertoont meestal geene pigmentvermeerdering.

Nauw verwant met het door RIEHL beschreven ziektebeeld, zijn andere vormen van oorlogsmelanose, die door onzuivere smeerolie en teerproducten veroorzaakt worden. Men neemt aan, dat de huid door deze stoffen voor licht gesensibiliseerd is. Op onbekte deelen der huid is de melanose het duidelijkst. Een bijzondere vorm is door ERICH HOFFMAN als melanodermis toxica lichenoides et bullosa beschreven, waarbij naast lichenoides papeltjes op de huid eene lichenoides keratose van het slijmvlies voorkwam. Het beeld geleek in hooge mate op een lichen planus cum melanodermia, doch typische lichenpapeltjes kwamen er niet bij voor. Histologisch bestond wel eenige overeenkomst, o.a. holtevorming in het rete Malpighi, doch een schotelvormig infiltraat als bij den lichen werd niet gevonden; volgens GANS is eene histologische onderscheiding zeer moeilijk.

Nog moet vermeld worden, dat in den atlas van FRIEBOES

een geval van smeerolierdermatitis is afgebeeld, dat volkomen op de pityriasis rubra pilaris lijkt.

4. *Lichen planus en lichen nitidus.*

De lichen nitidus lijkt bijzonder veel op lichen planus, doch verschilt van den laatste door de groote gelijkvormigheid van het exantheem. Deze berust op het feit, dat de papeltjes jarenlang onveranderd blijven bestaan; immers periphere vergrooting, groepvorming en pigmentatie ontbreken en in den regel bestaat er ook geene confluentie van papels. De lichen bezit al deze eigenschappen wel. Bovendien hebben de lichen nitidus-papeltjes niet de typische kleur en wasachtige glans van lichen. Komt lichen op de gewone praedilectieplaats van den lichen nitidus, den penis voor, dan zijn dikwijls ringen te vinden.

Bovenal verschillen beide aandoeningen in den histologischen bouw, welke bij lichen nitidus een tuberculoide en bij lichen een eenvoudige ontstekingachtige is.

5. *Lichen planus en lichen scrofulosorum (tuberculosis lichenoides).*

De lichen scrofulosorum heeft een aantal kenmerken, waaraan hij in den regel gemakkelijk van lichen te onderscheiden is. Hij is eene overwegend folliculaire aandoening, die overal op de huid kan voorkomen, doch gewoonlijk op het middengedeelte van den romp gelocaliseerd is. Men vindt hier de speldeknoop- tot gerstkorrelgroote, dicht naast elkaar staande papels in groepen vereenigd, zonder dat zij tot schijven geconflueerd zijn. Zij hebben een min of meer ronden, spitsen of platten vorm en eene geelbruine, zelden roode of livide kleur. Het oppervlak is niet glad; dikwijls zijn de papels met eene schilfer of hoornkegel bedekt. Zij kunnen in blazen en pustels overgaan. De aandoening komt vooral op jeugdigen leeftijd voor. De patiënten met lichen scrofulosorum hebben vaak een scrofuleuse habitus of lijden aan tuberculose van klieren of beenderen, zelden aan longtuberculose.

In atypische gevallen kan de uitbreiding gedissemineerd, de kleur meer ontstekingachtig rood, de vorm polygonaal en vlak, het oppervlak glad en glanzend zijn. Er kunnen door confluentie papelvlakten ontstaan. De aandoening kan dan veel op lichen gelijken. De aanwezigheid van blazen en pustels en soms van diffuus schilferende eczematoide plekken naast de papels, het

begin op den romp en het ontbreken van slijmvliesafwijkingen pleiten voor lichen scrofulosorum.

Door het somtijds voorkomen van hoornkegels op de papels kan de lichen scrofulosorum op de pityriasis rubra pilaris gelijken. Gegeneraliseerde uitbreiding komt bij lichen scrofulosorum zelden voor, vaak bij pityriasis rubra pilaris. Bovendien verschilt laatstgenoemde ziekte van den lichen scrofulosorum door de bijzondere localisatie op hand- en vingerruggen en gelaat, alsmede door de confluentie der papels.

Histopathologisch is de lichen scrofulosorum gekenmerkt, doordat naast banale ontstekingsachtige infiltraten altijd tuberkels voorkomen.

6. *Lichen planus en lichen spinulosus.*

Bij den lichen spinulosus komen speldeknoopgroote papels voor, die aanvankelijk eene roode tint hebben. Later nemen zij de kleur der normale huid aan. Een bijzonder kenmerk is de uitstekende spitse hoornkegel in het centrum der papels. De uitbreiding is symmetrisch; gewoonlijk zijn groote plekken aangetast, waarop de papels dicht bijeen staan. Soms zijn zij in ronde groepen vereenigd, waarnaast altijd verspreid staande papels voorkomen. De praedilectieplaatsen zijn nek, billen, buigzijde der bovenbeenen en strekzijde der armen; borst, handen en voeten worden niet aangetast. De aandoening kan acuut ontstaan; zij jeukt weinig. In hoofdzaak wordt zij bij kinderen, vooral jongens, waargenomen.

RADCLIFFE CROCKER vermeldt, dat dezelfde hoornuitsteeksels als bij den lichen spinulosus soms ook in het centrum der papels bij lichen scrofulosorum, lichen syphiliticus en lichen planus worden aangetroffen, doch dat deze ziekten daarbij hun eigen karakter behouden; „it is not quite correct to say that lichen spinulosus is mixed with these other disaeses”, voegt hij er aan toe. ¹⁾ Spinuleuse verhoorning kan ook nog voorkomen bij lichen trichophyticus (JADASSOHN), salvarsanuitslagen (RIECKE), ichthyosis en scorbuut (SCHÄFER).

¹⁾ Onlangs is door BUQUICCHIO een geval van lichen meegedeeld, waarin platte, spitse, hypertrophische, atrophische, verhoorde en spinuleuse elementen voorkwamen en de laatstgenoemde zoowel op de normale huid als op de andere papels werden aangetroffen.

Meer dan de lichen planus komt de pityriasis rubra pilaris voor de differentiale diagnose in aanmerking. CROCKER noemt de volgende verschilpunten: de pityriasis rubra pilaris is een diffuus gegeneraliseerde uitslag, waarbij ook de handen aangetast worden, de epidermisprop is stomper dan bij lichen spinulosus.

GANS vermeldt als voornaamste afwijking bij den lichen spinulosus de vorming van eene intrafolliculaire hoornmassa; hij voegt er aan toe, dat de klinische symptomen van meer belang voor de differentiale diagnose zijn dan de histopathologie.

7. *Lichen planus en lupus erythematoses.*

Het komt zelden voor, dat de onderscheiding tusschen lichen en lupus erythematoses van de huid moeilijk is. Toch moet de laatste ziekte hier genoemd worden, omdat in een door WERTHER beschreven geval van pityriasis lichenoides chronica ook sterk op lichen gelijkende papels voorkwamen en er bovendien zoo'n groote gelijkenis met lupus erythematoses bestond, dat door LEIBKIND de diagnose op laatstgenoemde ziekte gesteld werd; NEISSER daarentegen bracht het geval in de lichen ruber-groep onder. PICK heeft een bijzonder geval van lupus erythematoses meegedeeld, waarin de aandoening op gelaat, armen en beenen was uitgebreid. De plekken op de armen herinnerden aan lichen obtusus, die op de beenen geleken op lichen verrucosus.

De localisatie der aandoeningen is van veel belang voor de differentiale diagnose. Lupus erythematoses toch komt behalve aan gelaat, schedelhuid, handen en slijmvliesen, bijna nooit op andere plaatsen voor. Is de aandoening toch elders gelocaliseerd, dan vindt men bijna altijd ook afwijkingen op de gewone praedilectieplaatsen. Lichen daarentegen komt weinig op het hoofd voor en is dikwijls juist uitsluitend op romp of extremiteiten gelocaliseerd. De vuilgrijze adhaerente schilfers op de blauw-roode infiltraten, de vaatectasiën, de verwijde kliermonden en het ontbreken van polygonale papels wijzen op lupus erythematoses. Zeer kenmerkend voor deze ziekte is de littekenachtige atrophie, die na lichen nooit dergelijke afmetingen aanneemt. Zelden worden bij lichen comedo-achtige lichaampjes gevormd. RIECKE wijst op de overeenkomst van den „lichen ruber planus comedo” met de hoornstekeltjes in de follikels bij lupus erythematoses.

Het beeld van den lupus erythematoses mucosae is minder karakteristiek dan van den lichen bij deze localisatie. Bij eerst-

genoemde ziekte worden beschreven begrensde roode, violet-achtige geïnfiltreerde plekken, soms met leucoplakie-achtige veranderingen. Ook komen fijnere, radiaal verlopende witte strepen voor, die soms verheven zijn. De aandoening verschilt van lichen door centrale atrophie en radiaal verlopende, verwijde vaatjes; ook komen er dikwijls erosies voor. Zij komt weinig op wang, tong en verhemelte voor, meer op de binnenvlakte der onderlip als voortzetting van eene schilferende plek op het roode deel van de lip. Voor lichen pleit ster-, net- of ringvormige teekening van fijne witte lijnen. In den regel geeft geen van beide aandoeningen bij localisatie op het slijmvlies aanleiding tot klachten. Soms is de onderscheiding van beide ziekten alleen mogelijk, als er ook op de huid efflorescenties voorkomen.

Histopathologisch verschilt de *lupus erythematodes* van lichen, doordat het infiltraat in hoofdzaak in het stratum subpapillare om de vaten gelegen is (niet zooals bij lichen eene tegen de epidermis aanliggende schijf vormt) en door de sterke onttaarding der bindweefsel- en elastische vezels. De epidermis vertoont bij den *lupus erythematodes* eene ongelijkmatig sterke hyperkeratose. Volgens LEWANDOWSKY is het stratum granulosum meest verbreed, doch de hoeveelheid keratohyaline geringer dan normaal. Op enkele plaatsen komt *acanthose* voor, doch over het geheel is het rete MALPIGHI meer atrophisch.

8. *Lichen planus en pityriasis lichenoides chronica (lichen variegatus, parapsoriasis lichenoides)*.

Bij de *pityriasis lichenoides chronica* komen papels voor, die aanvankelijk rood gekleurd zijn en een spitsen vorm hebben (RIECKE), doch later eene geelbruine tint aannemen, vlakker worden en met eene adhaerente schilfer bedekt zijn. Ook treft men er glanzende, platte papels bij aan, en hebben sommige papels een kuiltje. Als de papels verdwijnen, blijven geelbruine vlekken na. Een en ander herinnert aan den lichen, doch in den regel zijn er voldoende verschillen aanwezig om de aandoening van lichen te onderscheiden.

De papels van de *pityriasis lichenoides chronica* zijn zonder voorkeur voor bepaalde plaatsen over romp en extremiteiten verspreid; doch komt soms boog- en ringvormige groepeerings voor. Als zij conflueeren, wat zelden gebeurt, dan ontstaan plekken, die door een meer maculeus karakter van de plekken met toe-

nemende infiltratie bij lichen afwijken. Over het algemeen zijn de papels bij pityriasis lichenoides chronica grooter dan bij lichen, meer bolsegmentvormig en hebben geene polygonale omtrekken; de kleur is in tegenstelling met de livide kleur van lichen in het begin rood, later geelbruin; zij missen de lijnen van WICKHAM. Krabben doet gemakkelijk bloeding ontstaan. Het slijmvlies wordt maar bij uitzondering aangetast (geval van RIECKE). Subjectieve symptomen ontbreken. Ook door het buitengewoon chronische verloop verschilt zij van lichen: therapeutisch valt weinig te bereiken, doch komt spontane genezing wel eens voor.

Histopathologisch is de aandoening gekenmerkt door parakeratose en geringe ontstekingsverschijnselen in de cutis.

9. *Lichen planus en porokeratosis MIBELLI.*

Van de zeldzaam voorkomende porokeratosis MIBELLI, welke aandoening vooral op hand- en voetruggen voorkomt, wordt vermeld, dat zij op lichen annularis kan gelijken. Kenmerkend voor de porokeratose is de duidelijke verhoorning van de zweetporus, waarbij eene centrale hoornprop gevormd wordt. Als deze prop uitvalt, wordt een kuiltje zichtbaar. Periphere vergrooting heeft plaats, doordat zich in den rand nieuwe efflorescenties ontwikkelen. Aldus ontstaan muntgrootte plekken, die door een hoornwal omgeven zijn. Soms is in den hoornwal eene cirkelvormige groeve te vinden. Het centrum der plekken ligt lager dan den rand, heeft de normale huidkleur of is bruinrood, is soms schilferend. Op het mondslijmvlies komen soms ronde, opalescente plekken met verheven, witten rand voor. Het verloop is buitengewoon chronisch (jarenlang).

De lichen annularis is aan de kleur, de slijmvlieslichen aan de eigenaardige teekening te herkennen. De lichen heeft geen peripheren hoornwal en is in den regel na een aantal maanden verdwenen.

Ook de histologische beelden van beide ziekten loopen uiteen. De porokeratose is gekenmerkt door de hoornkegels in de uitvoergangen der zweetklieren en daarnaast diffuse verhoorning; de epidermis is breder of smaller dan normaal; om de vaten en zweetkliergangen komen infiltraten voor.

10. *Lichen planus en ziekte van DARIER (dyskeratosis).*

De ziekte van DARIER is gekenmerkt door kleine bruinroode papels, die dikwijls aan de follikels zijn gebonden. Zij hebben

den vorm van eene halve bol of stompen kegel en zijn met eene schilferkorst bedekt; in sommige papels worden zwarte, comedo-achtige lichaampjes aangetroffen. Doordat steeds nieuwe papels ontstaan, worden groote plekken aangetast; deze zijn met schilferkorsten bedekt. Papillomateuse vlakten komen slechts zelden voor. Het gelaat is vaak het eerst aangetast, later volgt universeele uitbreiding; echter bestaan er „*formes frustes*”, die tot enkele plaatsen, b.v. de handen, beperkt zijn.

De aandoening wordt hier vermeld, omdat naast de genoemde efflorescenties donkerbruine, rose of dofroode, vlakke papels voorkomen, in het bijzonder op de strekzijde der vingers en handruggen; voorts kunnen de nagels lengtelijnen en -groeven vertoonen en is niet zoo zelden het mondslijmvlies aangetast (volgens BRÜNAUER in 20 pct.), ja, zelfs kan de aandoening tot het slijmvlies beperkt zijn. De praedilectieplaats is het harde verhemelte; hier vormt de aandoening eene scherp begrensde plek, die de mediaanlijn uitspaart en niet op het zachte verhemelte overgaat. Zij bestaat uit talrijke kleine, grauwoode of grijswitte, puntvormige of polygonale papeltjes op hyperaemischen bodem. Een deel der papeltjes heeft eene delle; uit sommige papels laat zich een slijmachtig vocht drukken. Zij staan geïsoleerd of door roode lijntjes gescheiden in groepen bijeen en vormen dan een mozaïk; ook kunnen zij tot leucoplakieachtige plekken confluereen. Ook op het slijmvlies van pharynx, oesophagus, genitalia en anus is de aandoening waargenomen.

BIZZOZZERO noemt als verschillen met den slijmvlieslichen: het ontbreken van ring- en netvormige figuren, de gelijke afmeting der efflorescenties, de grootere afmeting der mozaïkachtige plekken en het optreden van eene bloeding na licht trauma (wrijven). Het voorkomen van de karakteristieke papels op die deelen der huid, welke sterk zweeten en veel vet afscheiden (borst, rug, oksels, liezen en behaarde hoofd) wijst op de ziekte van DARIER.

De platte lichenpapels vertoonen dikwijls lijnen van WICKHAM. De lichen gaat vaak met jeuk gepaard; bij de keratose ontbreken subjectieve symptomen meestal. Het verloop der keratose is geheel anders dan bij lichen: zij ontstaat meestal op jeugdigen leeftijd; noch door therapie, noch spontaan treedt genezing op.

Histopathologisch onderscheidt de keratose zich van lichen,

doordat de afwijkingen in hoofdzaak in de epidermis voorkomen en door den aard der afwijkingen. Wel komt er ook acanthose en holtevorming bij voor (in het stratum spinosum) doch karakteristiek zijn de z.g. „grains” en „corps ronds” en eigenaardige epitheloomachtige epitheelvormsels. In de cutis komt alleen wat perivascular infiltraat voor.

11. *Lichen planus en tropho-névrose dyschromique et lichénoïde.*

Onder dezen naam is door HALLOPEAU eene aandoening beschreven, waarvan slechts enkele gevallen bekend zijn. Behalve papels, die aan lichen doen denken, komen er roode papelvlakten, lichte infiltratie, schilfering en vitiligo bij voor; het verloop is chronisch. Volgens HALLOPEAU onderscheiden de papels dezer aandoening zich van lichen door het ontbreken van eene puntvormige depressie, van de typische kleur en van het glanzende oppervlak; bovendien hebben zij een minder scherp omtrek.

12. *Lichen en lichenoïde syphiliden.*

DARIER schrijft dat, hoewel er tusschen de efflorescenties van lichen en syphilis papulosa geene overeenkomst bestaat, beide uitlagen dikwijls met elkander worden verwisseld. BROcq heeft ook ervaren, dat lichen vaak voor syphilis wordt gehouden, vooral in de gevallen met circinaire rangschikking der efflorescenties. Volgens RIECKE vertoont de lichen, als de papels de afmeting van eene erwt bereikt hebben eene treffende gelijkenis met de lenticulaire syphilitische papel. Het is daarom aan te raden naar papels te zoeken, die de kenmerken van den lichen vertoonen, waarbij in aanmerking genomen moet worden, dat de volgende kenmerken van de lichenpapel: polygonale en platte vorm, centrale delle en glans, hoewel zelden ook aan lichenoïde syphiliden eigen kunnen zijn. De syphilispapel heeft niet de kleur van den lichen en mist het symptoom van WICKHAM; zij heeft in den regel een meer spherischen vorm en vertoont bijna steeds na eenigen tijd eene schilfer of schilferkorst. Bovendien kunnen bij syphilis naast papels enkele blaasjes of pustels voorkomen of ziet men deze uit de papels ontstaan, alsmede duidelijk geïnfiltreerde plekken. De duur van een syphilitisch exantheem is meestal korter dan die van lichen, het syphilide verdwijnt in haar geheel geleidelijk, terwijl bij verdwijnenden lichen dikwijls hier en daar nieuwe papels opschieten.

Ter onderscheiding van de annulaire vormen van lichen en syphilis voert BROcq aan, dat eene centrale papel (trouwens een zeer zeldzaam verschijnsel) bijna steeds op syphilis wijst, omdat bij lichen in den ring geen papel voorkomt. Verder noemt BROcq de sterke pigmentatie in het centrum van den lichenring; dit symptoom kan evenwel ook bij syphilis aanwezig zijn. Vaak komt de annulaire lichenvorm op de genitalia voor en heeft daar eene opvallende blauwachtige kleur, terwijl de syphilis eene bruinroode tint heeft.

Moeilijk is de onderscheiding tusschen lichen palmaris et plantaris en syphilis van dezelfde localisatie. RIECKE wijst op de circumscripte infiltraten met weinig of geene schilfering bij de syphilis en de met eeltachtige massa's bedekte papels bij den lichen. Doch kunnen hier ook bij lichen roode vlekken en infiltraten voorkomen, terwijl luespapels op de voeten zoo sterk hyperkeratotisch kunnen zijn, dat zij op likdoorns gelijken. Bij beide ziekten kunnen ronde epitheelverliezen ontstaan. Dikwijls zal men voor het stellen der diagnose naar elders gelocaliseerde efflorescenties moeten zien.

Bovenal komt voor de differentiale diagnose met lichen in aanmerking die vorm van syphilide, welke uit kleine, speldeknoopgrootte papels bestaat, den z.g. lichen syphiliticus. JADAS-SOHN onderscheidt twee typen: het eene gelijkt op lichen planus, het andere op lichen acuminatus. De lichen syphiliticus vertoont groepvorming en confluentie van papels tot papelvlakten en bogen, waardoor hij sterk aan lichen herinnert. Deze syphilisvorm heeft enkele bijzondere kenmerken; hij gaat veelvuldig met iritis syphilitica samen, doch zelden met syphilis van het slijmvlies; hij laat zich veel minder dan andere vormen van syphilis therapeutisch beïnvloeden en kan zeer lang onveranderd blijven bestaan. De laatste eigenschappen bemoeilijken de onderscheiding van lichen. De tijd, die de aandoening voor hare ontwikkeling noodig heeft, is bij den lichen syphiliticus korter dan bij lichen. Daarnaast zijn vorm en kleur der papels van belang. De papels bij lichen syphiliticus zijn dikwijls wat rond en conisch, soms echter hebben zij een polygonalen vorm en eene blauwroode kleur. Volgens STELWAGON vormen zij bij confluentie geen „solid areas” als bij lichen voorkomen. Bovendien komen bij lichen syphiliticus naast papels, ofschoon zeldzaam, enkele miliaire of

wat grootere pustels voor. Soms is de onderscheiding tusschen lichen syphiliticus en lichen onmogelijk.

BORN vermeldt een geval van lichen acuminatus, dat door groepvorming (ook kringen en bogen) aan lichen syphiliticus herinnerde en een geval van lichen syphiliticus, dat op lichen acuminatus geleek, doordat de papels met hoornkegels bedekt waren. Een geval analoog aan het laatste, waarin de diagnose eerst op pityriasis rubra pilaris gesteld werd, is door H. FOX beschreven.

Ook moet gewezen worden op het voorkomen van obtuse papels bij beide ziekten; kleur en localisatie der papels, alsmede de duur der aandoening zijn voor de diagnose van gewicht.

De onderscheiding van lichen mucosae en plaques muqueuses kan soms eveneens moeilijk zijn. Geïsoleerde papeltjes, punten en fijne lijntjes, mozaïkachtige teekening en eigenaardige blauw-witte kleur wijzen op lichen. Opaalkleurige papelvlakten hebben eene minder witte tint; geërodeerde plaques missen eene laag der mucosa, hetgeen, hoewel zelden, ook bij lichen kan voorkomen (zie geval 17). Ook op plaques fauchées gelijkende beelden treft men bij den lichen aan (zie geval 15).

In den regel is op het klinisch beeld eene onderscheiding van lichen en lues, zoowel van de huid als van het slijmvlies mogelijk; in twijfelachtige gevallen kan onderzoek van het mondslijmvlies de diagnose van den huiduitslag mogelijk maken en omgekeerd; overigens wijzen verder klinisch onderzoek en laboratorium-onderzoek naar andere verschijnselen van de syphilis den weg.

Histopathologisch onderscheidt de syphilispapel zich van de lichenpapel door den aard van het infiltraat (naast lymphocyten veel plasmacellen en enkele reuzecellen) en door de endovasculitis. De papels van den lichen syphiliticus heeft volgens KYRLE in den regel een tuberculoiden bouw; het infiltraat bestaat in het centrum uit epitheloïde cellen, in de peripherie uit lymphocyten.

13. *Lichen en lichen trichophyticus (trichophytia lichenoides disseminata).*

De lichen trichophyticus tast vooral den romp aan. Hij bestaat uit kleine folliculaire papeltjes van bleke of roode kleur, die verspreid voorkomen of groepen vormen. Op de papeltop kan een pustel voorkomen; ook gaat de uitslag wel gepaard met spinuleuse verhoorning. De uitslag duurt kort (dagen tot weken). Hij komt

voor bij lijders aan diepe trichophytie; de patiënten zijn meest kinderen.

Het voorkomen van lichenoïde papeltjes bij een patiënt met trichophytie doet al dadelijk de gedachte aan lichen trichophyticus opkomen; een enkele maal is het gelukt schimmelelementen in de papels aan te toonen.

Bij mikrosporie en favus zijn ziektebeelden waargenomen, die met den lichen trichophyticus overeenkomen.

14. *Lichen en lichenoïde artsenuitslagen.*

Van arsenicum, salvarsan, bismuth en thallium is bekend, dat zij uitslagen kunnen verwekken, die veel op lichen gelijken, soms in het geheel niet van deze aandoening te onderscheiden zijn. Anamnese en het voorkomen naast de lichenoïde van andere exantheemvormen zijn voor de herkenning van dergelijke uitslagen van belang.

15. *Lichen en dermatitis exfoliativa chronica.*

De dermatitis exfoliativa secundaria kan zich door generalisatie ontwikkelen uit verschillende dermatosen, wier karakteristieke kenmerken dan verdwijnen (herpétide exfoliatrice maligne). De exfoliatieve dermatitis, die uit lichen en pityriasis rubra pilaris kan ontstaan is niet van andere secundaire exfoliatieve dermatiden, noch van idiopathische vormen te onderscheiden, ook histologisch niet. De diagnose is alleen op de antecedenten of op het terugkeeren der initiale dermatose na genezing der dermatitis exfoliativa te stellen.

16. *Lichen mucosae en leucoplakia.*

De leucoplakie kan door „Felderung” en door de kleur op lichen mucosae gelijken. Vooral bij localisatie op de tong gelijkt zij op lichen, omdat de tonglichen zich vaak, evenals de leucoplakie in den vorm van grootere, onregelmatige of ovale plekken voordoet. De karakteristieke teekening van punten, streepen en netvormige figuren van den slijmvlieslichen, die vooral bij localisatie op den wang zeer duidelijk is en bij leucoplakie ontbreekt, maakt eene onderscheiding mogelijk. Rhagaden, erosies en ulceraties zijn bij lichen zeldzaam, doch worden bij de leucoplakie vaak aangetroffen. De consistentie der leucoplakie is wat harder dan die van het normale slijmvlies. Ook het verloop is van belang: leucoplakie verdwijnt niet, terwijl de slijmvlieslichen, hoewel soms weinig toegankelijk voor therapie, op den duur geneest.

Leucoplakie komt in hoofdzaak bij mannen voor; vaak zijn de patiënten sterke rookers. Ook het feit, dat in vele gevallen lues is voorafgegaan, kan voor de diagnose van belang zijn. Lichen-papels op de huid en histopathologisch onderzoek kunnen de oplossing brengen.

17. *Lichen mucosae en ziekte van FORDYCE.*

Als de ziekte van FORDYCE is bekend het voorkomen van smeerklieren op het roode deel der lippen, slijmvlies van lippen en binnenvlakte der wangen. Zij ontstaat in den regel eerst na de puberteit, wat meer bij mannen dan bij vrouwen. De smeerklieren zijn als witgele, nauwelijks verheven, iets meer dan speldepuntgrootte vlekjes waar te nemen. Zij staan verspreid of in groepjes bijeen; het aantal is in verschillende gevallen zeer ongelijk. Zijn er veel dan vormen zij eene geelachtige plek; bij spannen van het slijmvlies worden de afzonderlijke miliumachtige lichaampjes zichtbaar. De aandoening verschilt van lichen door de geelachtige tint en het ontbreken der lichenteekening.

De monotonie en het typisch karakter van de pityriasis rubra pilaris is op de afbeeldingen in de Pratique dermatologique onovertrefbaar weergegeven, schrijven DELBANCO en UNNA Jr., doch kan men BESNIER het verwijt niet besparen, „dasz er durch „eine einseitige bildnerische Darstellung es veranlaszt hat, dasz „ein irreführendes Bild von der Art der Erkrankung entstehen „konnte.“ DELBANCO en UNNA Jr. wijzen dan op de polymorphe beelden, die bij de pityriasis rubra pilaris worden waargenomen en noemen bovenal de psoriasis als eene aandoening, waarop de pityriasis rubra pilaris kan gelijken.

18. *Pityriasis rubra pilaris en psoriasis.*

De psoriasis vertoont vooral in haar universeelen vorm veel overeenkomst met pityriasis rubra pilaris. Men moet zoeken naar primaire efflorescenties. De psoriasis-papels zijn in den regel niet folliculair; zij zijn bedekt met glanzende schilfers, die gemakkelijk te verwijderen zijn en waarbij duidelijk blijkt, dat zij laagsgewijs gebouwd zijn. Bij het krabben wordt de schilfer wit en ondoorschijnend, er ontstaat gemakkelijk eene bloeding. De papels vergroot zich aan den rand. De papels van de pityriasis rubra pilaris hebben een conischen vorm en zijn bedekt met eene schilfer, die onder en boven eene tepelvormige verhevenheid draagt. Deze schilfer is

niet zoo gemakkelijk te verwijderen, maar er treedt daarbij geene bloeding op. De papel vertoont geen peripheren groei. Verder is de kenmerkende localisatie van belang.

De psoriasisplaque is bedekt met mica-achtige, glanzende schilfers en is minder ruw en minder verdikt dan bij pityriasis rubra pilaris het geval is. De plaque van de pityriasis rubra pilaris heeft eene grootere afmeting, de schilfering is geringer, de kleur der schilfer is meer grijsgeelbruin.

Histopathologisch is de onderscheiding niet moeilijk; het karakteristieke beeld van de psoriasis (parakeratose, acanthose met op het hoogtepunt der aandoening ontbreken van het stratum granulosum, wijde en geïnfiltreerde bloedvaten in de oedemateuse papillen) verschilt belangrijk van dat der pityriasis rubra pilaris.

19. *Pityriasis rubra pilaris en keratosis follicularis (xeroderma pilare).*

De keratosis follicularis is gekenmerkt door verhoornde follikelmonden, die soms eene roode kleur hebben (keratosis follicularis rubra) en vooral op de strekzijde van bovenarmen en bovenbeenen voorkomen, verder ook wel op hoofd, buik, heupen, onderarmen en onderbeenen. De pityriasis rubra pilaris is meestal niet tot deze lichaamsdeelen beperkt; de hoornkegeltjes bij deze aandoening zijn grooter en vaster dan bij keratosis follicularis. Bij laatstgenoemde aandoening kan men het haartje opgerold onder de hoornlaag vinden.

Histopathologisch kunnen de aandoeningen min of meer op elkaar gelijken. De keratosis pilaris verschilt van de pityriasis rubra pilaris door den aard der epidermisafwijkingen; er is alleen eene woekering van de hoornlaag, die bovendien in den regel tot den follikelmond beperkt is. Verder ontbreekt meestal eene verwijding der vaten; wel komt om de follikel en vaten wat infiltraat voor, dat echter in hoofdzaak uit mestcellen bestaat. Haarretentie, hypertrophie der muscoli arrectores pilorum en atrophie der smeerklieren komt bij beide aandoeningen voor; bij de keratosis follicularis kan op den duur ook de follikel atrophisch worden. Op de plaats van aanhechting der arrectores pilorum komt bij de keratosis follicularis eene eigenaardige afknikking der haarzakken voor.

20. *Pityriasis rubra pilaris en ichthyosis.*

Van de ichthyosis is het vooral de zeldzame vorm, welke met

roodheid gepaard gaat, die op de pityriasis rubra pilaris gelijken kan.

De ichthyosis verschilt van de pityriasis rubra pilaris door den leeftijd, waarop zij begint (meestal in de eerste levensjaren of zij is aangeboren), groote uitbreiding, geringe veranderlijkheid van het klinisch beeld en door het ontbreken van papels zooals deze bij de pityriasis rubra pilaris voorkomen.

Door de sterke hyperkeratose, plaatselijke verdikkingen van het stratum granulosum en acanthosis is de pityriasis rubra pilaris van de ichthyosis nitida te onderscheiden. Bij de ichthyosis serpentina is het stratum corneum sterk hypertrophisch en kunnen hoornparels gevormd worden, het stratum granulosum hier en daar verdikt en ook het stratum spinosum dikker dan normaal. UNNA wijst dan ook op overeenkomst met de pityriasis rubra pilaris. Evenwel vindt men bij laatstgenoemde ziekte reeds bij zwakke vergrooting de sterk ontwikkelde, in hoofdzaak folliculaire hoornkegels. Bij ichthyosis kunnen wel ontstekingsverschijnselen in de cutis voorkomen, doch deze zijn altijd gering.

21. *Pityriasis rubra pilaris en érythrodermie congénitale ichthyosiforme.*

In den naam, die BROcq voor het door hem beschreven ziektebeeld gekozen heeft, zijn de voornaamste kenmerken der ziekte opgenomen. Papels, zooals bij pityriasis rubra pilaris voorkomen, ontbreken bij deze aandoening. BROcq noemt verder nog de volgende verschilpunten met de pityriasis rubra pilaris: de ziekte is aangeboren en zij vertoont van het begin af aan gegeneraliseerde uitbreiding; voorts wijst hij op het aspect van de schilfers. Deze zijn bruinachtig, polygonaal, groot en dik.

22. *Lichen obtusus en prurigo nodularis.*

De klinische onderscheiding tusschen deze ziekten is zeer moeilijk. De aanwezigheid van platte papels en slijmvlieslichen naast de obtuse papels is van veel belang voor de diagnose, doch komen deze lang niet altijd bij lichen obtusus voor. Volgens HÖKE komt in de obtuse lichenpapel een netwerk van witte strepen en punten voor. Van prurigo nodularis wordt vermeld, dat de aandoening jaren kan duren, doch kan dit ook bij lichen obtusus het geval zijn (zie geval 18). Bij prurigo nodularis kan jeuk het eerste symptoom zijn; de lange duur der aandoening in aanmerking genomen is aan dit symptoom weinig waarde toe

te kennen, bovendien kan ook bij lichen obtusus jeuk voorafgaan (BUELER). Rondom de papels van de prurigo nodularis kan de huid gelichenificeerd zijn; evenwel komt secundaire lichenificatie bij vele jeukende huidziekten voor en is dus ook bij lichen obtusus te verwachten. Wel wordt algemeen vermeld, dat het aantal efflorescenties bij prurigo nodularis gering is, doch volgens UNNA en BUELER is dit ook bij lichen obtusus het geval. De afmeting der papels is wel van belang, bij prurigo nodularis zijn zij zeer groot. Ook samengaande urticariele verschijnselen en een duidelijk hoornlaagje op de papels wijzen op prurigo nodularis.

In twijfelachtige gevallen kan histopathologisch onderzoek de oplossing brengen (zie pag. 87).

23. *Lichen pemphigoides en pemphigus vulgaris.*

Wel is de lichen pemphigoides van den pemphigus te onderscheiden, als blazen en lichenpapels voorkomen. In de zeldzame gevallen, waarin de laatste ontbreken is eene onderscheiding niet mogelijk, en zal men alleen in het geval, dat lichenpapels zijn voorafgegaan, de diagnose lichen pemphigoides kunnen stellen.

Histologisch is de lichen pemphigoides aan den vorm en aard van het infiltraat te herkennen, eosinophile cellen toch kunnen bij beide ziekten in de blazen voorkomen. Bij den pemphigus vulgaris komt het infiltraat bovenal om de vaten voor en bestaat uit polynucleaire leucocyten, waaronder soms eosinophile cellen voorkomen en spoelcellen.

24. *Lichen simplex chronicus VIDAL en eczeem.*

Van de verschillende eczeemvormen zijn er twee, die voor de differentiale diagnose met den lichen VIDAL in aanmerking komen: het eczema lichenoides en het eczema chronicum lichenificatum.

De onderscheiding tusschen lichenoid eczeem en lichen VIDAL is in den regel niet moeilijk. Wel lijkt dit eczeem op den lichen VIDAL door de aanwezigheid van lichenachtige papeltjes, doch daarnaast komen blaasjes, schilfers en korsten voor; verder maken de overgang van papels in blaasjes en het verloop het mogelijk de juiste diagnose te stellen.

Moeilijker soms onmogelijk is de onderscheiding van het chronisch eczeem, dat secundair gelichenificeerd is, daar bij deze aandoening elementen voorkomen, die van lichen VIDAL-papels

niet te onderscheiden zijn. Ook kan het chronisch eczeem eene gepigmenteerde omgeving hebben.

De lichen VIDAL begint in den regel met jeuk en geleidelijk komen dan de huidafwijkingen voor den dag, terwijl het eczeem dikwijls acuut begint en de jeuk hand in hand met den uitslag samengaat. Bij lichen VIDAL komen dikwijls heftige aanvallen van jeuk voor; bij het eczeem is de jeuk in den regel niet zoo heftig. De papels gaan bij lichen VIDAL niet in andere vormen over; blaasjes zijn geheel afwezig, het grove oppervlak is een der kenmerkende eigenschappen; de schilfering is gewoonlijk gering, schilferkorsten ontbreken; lichen VIDAL heeft eene doffe kleur, niet de roode tint, die het eczeem vaak vertoont. Een langdurig eczeem verloopt zelden geheel zonder blaasjesvorming en natte plekken. De lichen VIDAL is veel scherper begrensd dan het eczeem. Opvallend is ook, dat de aandoening lang tot de oorspronkelijke localisatie beperkt kan blijven; wel kan de aangetaste plek door confluentie met nieuwe papeltjes, die in de onmiddellijke omgeving ontstaan zijn, grooter worden. Bij het eczeem is het heel gewoon, dat elders op de gezonde huid nieuwe plekken ontstaan en wat de locale uitbreiding betreft, deze vindt dikwijls met grootere plekken tegelijk plaats.

Meer dan de localisatie is het beloop van belang; de lichen VIDAL heeft een nog meer chronisch karakter dan het eczeem; hij kan vele jaren lang blijven bestaan en recideveeren. Een belangrijk verschil ziet men in de resultaten der therapie. Deze stelt bij lichen VIDAL veel meer teleur dan bij eczeem, tenzij men de Röntgen- of radiumbehandeling toepast.

Een deel der opgesomde verschillen heeft voor de differentiale diagnose geen waarde meer, als de lichen VIDAL secundair geëczematiseerd is; de diagnose is dan dikwijls eerst in het verdere beloop te stellen.

Voor de histologische onderscheiding van beide aandoeningen wordt naar het derde hoofdstuk verwezen.

HOOFDSTUK VI

Samenvatting en slotbeschouwing.

Uit het historisch overzicht, blijkt, dat hetgeen in den loop van den tijd onder lichen verstaan werd, belangrijke wijzigingen heeft ondergaan.

In het tweede hoofdstuk is getracht na te gaan, welke aandoeningen tot den lichen gerekend moeten worden. Omdat het verband van lichen *acuminatus*, lichen *atrophicus*, lichen *pemphigoides* en lichen *mucosae* met lichen *ruber planus* algemeen aangenomen wordt, kan ik hier deze vormen buiten beschouwing laten. Allereerst deed zich dan de vraag voor of de *pityriasis rubra pilaris* al dan niet in de lichengroep behoort. Waar de meeningen over deze aandoening en den lichen *acuminatus* zoo lijnrecht tegenover elkaar staan en eigen klinische ervaring gering is, was het mij zeer moeilijk om over de verhouding der genoemde aandoeningen een eigen oordeel te vormen. In genoemd hoofdstuk zijn de gronden vermeld, waarop naar mijne meening de *pityriasis rubra pilaris* als „Verlaufsvariante” van den lichen *acuminatus* te beschouwen is.

Wat den lichen *obtusius* betreft, ook deze aandoening moet naar het mij voorkomt als een bijzondere vorm in de lichengroep ondergebracht worden.

Het lijkt mij, dat het nu nog niet mogelijk is eenzelfde conclusie te trekken ten aanzien van een verband van lichen *sclerosus* met lichen, noch het te ontkennen. Hetzelfde is op te merken over den lichen *monileformis*. Of de groep een lichen *neuroticus* omvat is evenmin met zekerheid bekend.

De lichen *corneatus* wordt door een enkelen schrijver m.i. ten onrechte niet tot den lichen gerekend. Nog telt de lichengroep enkele zeldzame vormen: lichen *pigmentosus*, lichen *erythema-*

tosus, lichen framboesiformis en een vorm met spinuleuse elementen.

De saamhoorigheid der verschillende lichenvormen wordt bovenal door de kliniek bewezen en wel doordat zij naast elkaar waargenomen worden, alsmede doordat sommige vormen in andere kunnen overgaan (platte in spitse papel, papel in blaas). Daarnaast is het histologisch beeld van belang; zoo schrijft GANS: „Die für den Lichen planus geschilderten Befunde finden sich in „ihren wesentlichen Einzelheiten grundsätzlich bei sämtlichen „übrigen Erscheinungsformen dieser Erkrankung wieder vor“. Hier moet evenwel aan worden toegevoegd, dat genoemde auteur de pityriasis rubra pilaris niet tot den lichen rekent. Zooals echter meegedeeld is loopen de meeningen over de histologie dezer aandoening sterk uiteen en steunt mijne opvatting over den aard der pityriasis rubra pilaris bovenal op klinische overwegingen.

Het bijeenbrengen der verschillende lichenvormen in eene groep lichen brengt niet mee, dat zij alle door eenzelfde agens veroorzaakt zouden worden. Naar analogie van den lichen planus is het mogelijk, dat ook de andere lichenvormen eene meervoudige aetiologie hebben.

Overzien wij hetgeen in het derde hoofdstuk over enkele lichen-oïde uitslagen meegedeeld is, dan valt allereerst over den lichen nitidus op te merken, dat er nog geene overeenstemming bestaat over de plaats, die aan deze aandoening in het ziekstelsel moet worden toegekend. Noch voor de opvatting, dat hij in de lichengroep behoort, noch voor eene rangschikking onder de tuberculiden zijn voldoende argumenten aan te voeren. Uit het literatuuroverzicht van de lichen-oïde salvarsandermatitis blijkt, dat naast dermatitisvormen, die een min of meer lichenoid karakter hebben, er ook uitslagen zijn, die volkomen met lichen overeenkomen. De opvatting, dat het salvarsan in staat is lichen te doen verschijnen, lijkt mij het meest waarschijnlijk. Volledigheidshalve is in het kort meegedeeld, wat onder lichen-oïde uitslagen als „Umbau“-verschijnsel verstaan wordt.

Het komt mij voor, dat naast de bijzondere vormen van lichen VIDAL, die aan eene bepaalde localisatie gebonden zijn, van de talrijke uitslagen, die als abnormale vormen dezer aandoening worden beschouwd, met eenige waarschijnlijkheid alleen de hypertropische vorm als zoodanig is op te vatten.

Wat het vierde hoofdstuk betreft, wil ik hier alleen herhalen, dat het geval, waarop in de inleiding bedoeld wordt, histologisch lichen VIDAL bleek te zijn en verwijs voor de conclusies uit de meegedeelde ziektegeschiedenissen naar de samenvatting in genoemd hoofdstuk.

In het volgende hoofdstuk meen ik aangetoond te hebben, dat lichen VIDAL in den regel klinisch, zoowel als histologisch van den lichen ruber planus te onderscheiden is, alsmede, dat de door DIND aangevoerde argumenten onvoldoenden steun geven aan diens hypothese, volgens welke de lichen VIDAL een vorm van lichen zou zijn.

Eveneens lijkt het mij onjuist, bovenal op klinische gronden, om lichen VIDAL als een chronisch eczeem te beschouwen. Histologisch bestaat er inderdaad groote overeenkomst tusschen beide aandoeningen. Ik mag hier echter ALEXANDER aanhalen, die zelfs, indien deze overeenstemming volkomen was, toch eene klinische zelfstandigheid van den lichen VIDAL zou aannemen en evenzoo schrijft RIECKE, dat ter onderscheiding van beide ziekten aan de histologie geene beslissende beteekenis toegekend kan worden.

Ook de door TOUTON verdedigde opvatting over eene verwantschap met prurigo HEBRA kan ik niet deelen. Zoowel bij den uitgebreiden vorm van neurodermitis als bij den lichen VIDAL heeft men te doen met huidreacties, die vanaf het begin door circumscripte lichenoïde papels gekenmerkt zijn, terwijl bij prurigo HEBRA twee verschillende efflorescentievormen voorkomen, n.l. prurigopapels en daarnaast lichenoïde papels door secundaire lichenificatie.

Nauw verwant aan de opvatting van TOUTON is het standpunt, dat door GANS en DARIER ingenomen wordt. Eerstgenoemde auteur brengt den lichen VIDAL in de prurigogroep onder. Waar door GANS als klinische en histologische basis dezer groep de urtica vooropgesteld en deze papelvorm ook als de primaire verandering van den lichen VIDAL aangenomen wordt, lijkt deze opvatting mij onjuist.

DARIER rangschikt in zijn Précis de dermatologie den lichen VIDAL als circumscripte prurigo bij andere prurigovormen (en pruritus) in een hoofdstuk „Neurodermatosen”, waarbij opgemerkt moet worden, dat hij onder prurigo dermatosen verstaat,

waarvan de efflorescenties door krabben veroorzaakt worden en de huidreactie een bijzonder karakter heeft (strophulus-, prurigo-, lichenificatiepapels). JADASSOHN meent, dat de opvatting van DARIER wel een voor de praktijk bruikbaar schema geeft, doch wijst er terecht op, dat het ontstaan van papels door krabben niet bewezen is. Elders (*Pratique dermatologique*) houdt DARIER zelf de typische prurigoefflorescentie (= papulovesikel) streng gescheiden van „les excoriations ponctuées et papuleuses provoquées par le grattage dans tous les prurigos”. Met de laatste worden blijkbaar de papels der secundaire lichenificatie bedoeld. Ook volgens DARIER moet men dus de prurigopapel wel onderscheiden van de papel van den lichen VIDAL, want BROcq heeft er op gewezen dat de efflorescentie van de primaire en secundaire lichenificatie volkomen overeenstemmen. Trouwens als DARIER de ziekten opsomt, waarbij de typische prurigopapel voorkomt, wordt daaronder de lichen VIDAL niet genoemd.

Omdat het ontstaan van papels door krabben niet bewezen is en omdat de papel van lichen VIDAL geen prurigopapel is, lijkt mij de basis, waarop door DARIER den lichen VIDAL als prurigo beschouwd wordt, onjuist. Nog valt op een ander verschil tusschen prurigo en lichen VIDAL te wijzen. Afgezien van den zeldzamen vorm van lichen VIDAL met gegeneraliseerde uitbreiding is hij toch een bij uitstek circumscripte aandoening. Naast de aangetaste plek of plekken zijn geene afwijkingen te vinden, zelfs de jeuk ontbreekt hier, terwijl prurigo toch een diffuus karakter heeft.

Resumeerende lijkt het mij aangewezen den lichen VIDAL niet in de lichengroep, noch bij het eczeem of in de prurigogroep onder te brengen. Ik sluit mij volkomen aan bij de conclusie, waartoe MARCUSE reeds in 1901 kwam, n.l. dat de lichen VIDAL ook zonder de door Fransche dermatologen aangenomen aetiologie door verloop en klinisch beeld voldoende gekarakteriseerd is om hem een eigen plaats toe te kennen.

Tot hen, die den lichen VIDAL als een zelfstandig ziektebeeld beschouwen, behooren o.a. ook ALEXANDER, RIECKE en GRAHAM LITTLE en tot op zekere hoogte moet BROcq hier genoemd worden. Indien men deze opvatting aanvaardt, dan is het niet wel mogelijk om, zooals BROcq, vooral in latere jaren geneigd is te doen de secundaire lichenificatie op ééne lijn te stellen met

den lichen VIDAL of primaire lichenificatie. Hiermee spreekt BROcq zich zelf tegen, wat met de volgende citaten is aan te toonen. In de Annales de dermatologie van 1896 schrijft hij op pag. 788: „Le lichen simplex chronique de E. VIDAL existe en „tant que forme morbide spéciale” en op pag. 783: „le mot „de névrodermite chronique circonscrite indique la nature même „de la maladie”. In de Pratique dermatologique T. 3, pag. 128, komt volgende passage over de lichenificatie voor: „c’est un syndrome banal, un processus général qui se développe dans le cours „d’une dermatose quelconque ou sans dermatose antérieure”.

Niet geheel ten onrechte schrijft RIECKE, dat het begrip secundaire lichenificatie storend gewerkt heeft, omdat dit reactietype dikwijls als gelijkwaardig met den lichen VIDAL beschouwd is.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Act. Derm.	== Acta Dermato-Venereologica.
A. d. D.	== Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
A. für D.	== Archiv für Dermatologie und Syphilis.
A. of D.	== Archives of Dermatology and Syphilology.
B. J. of D.	== British Journal of Dermatology and Syphilis.
B. S. fr. D.	== Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie.
D. W.	== Dermatologische Wochenschrift.
D. Z.	== Dermatologische Zeitschrift.
G. I.	== Giornale italiano di dermatologia e sifologia.
I. d.	== Ikonographia dermatologica.
J. of cut. dis.	== Journal of cutaneous diseases including Syphilis.
J. A. M. V.	== Journal of the American medical association.
M. D.	== Monatshefte für praktische Dermatologie.
N. T. v. G.	== Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.
Zbl. für H. u. G.	== Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

ALBERT,	Lichen verrucosus-artiges Salvarsanexanthem. D.W. 1923.
ALEXANDER,	Der Lichen sclerosus. A. für D. Bd. 121. 1916.
ALEXANDER,	Zur Histologie des Lichen chronicus VIDAL. D.Z. Bd. 33. 1921.
ALEXANDER,	Neurodermitis. JADASSOHN. Handbuch der Haut-und Geschlechtskrankh. 1927.
ARNDT,	Fall von Lichen ruber verrucosus des behaarten Kopfes. D. Z. Bd. 14. 1907.
BAER,	Die Leukoplakia buccalis, ihre Pathogenese und Behandlung mit Salvarsan. D.Z. Bd. 22. 1915.
BALZER et Barthélemy,	Un cas de lichen plan corné de la voûte palatine. B.S. fr. D. 1914.
BALZER et Faure-Beaulieu,	Lichen plan lingual. A. d. D. 1902.
BARBER,	Lichen nitidus. B. J. of D. 1926.

- BATEMAN and WILLAN, *On cutaneous diseases.* 1840.
 BESNIER, *Observations pour servir à l'histoire clinique du pityriasis rubra pilaire.* A. d. D. 1889.
- BESNIER, BROCC, JACQUET, *La pratique dermatologique.* 1900.
 BETTMANN, *Ueber Umbauvorgänge als Ausdruck Reaktionsfähigkeit bei Hautkrankheiten.* A. für D. Bd. 135. 1921.
- BETTMANN, *Beiträge zur Kenntnis des Lichen ruber planus.* A. für D. Bd. 75. 1905.
- BIZZOZZERO, *Ueber die Skleroderma circumscripta und ihre Beziehungen zum Lichen albus.* D. Z. Bd. 22. 1915.
- BIZZOZZERO, *Sulle lesione della mucosa boccale nel morbo di DARIER.* G. I. fasc. 5. 1926.
- BORN, *Zur Kenntnis der Lichenformen.* D. W. 1015.
- BRIEL, *Ueber obtuse Papeln.* D. Z. Bd. 46. 1926.
- BROCC, *Cliniques dermatologiques.* 1924.
- BROCC, *Les objections à la conception des lichénifications.* A. d. D. 1923.
- BROCC, *Sur le lichen ruber.* A. d. D. 1886.
- BROCC, *Importance de plus en plus grande de la vie sédentaire et du déséquilibre nerveux dans la pathologie cutanée.* Bruxelles médical. 1924.
- BROCC, *Traité élémentaire de dermatologie pratique.* 1907.
- BROCC, *Nouvelles notes cliniques sur les lichénifications et les névrodermites.* A. d. D. 1896.
- BROCC, *La question du lichen ruber en Amérique.* A. d. D. 1889.
- BROCC, *Précis-atlas de pratique dermatologique.* 1921.
- BROCC, *Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et sur les anciens lichens.* A. d. D. 1892.
- BROCC et JACQUET, *Précis élémentaire de dermatologie.*
 BROCC et JACQUET, *Notes pour servir à l'histoire des névrodermites.* A. d. D. 1891.
- BROCC und PAUTRIER, *Ueber einige anormale Formen von Lichenifikation.* A. für D. Bd. 99. 1910.
- BROCC et PAUTRIER, *Lichen obtusus corné.* B. S. fr. D. 1908.
- BROOKE and ROBERTS, *The action of arsenic on the skin as observed in the recent epidemic of arsenical beer poisoning.* B. J. of D. Bd. 13. 1901.
- BRÜNAUER, *Ueber Schleimhautveränderungen bei Morbus Darier.* Act. Derm. Vol. 6. 1925.

- BUELER, Ueber Lichen obtusus. A. für D. Bd. 136. 1921.
- BUKOVSKY, Kotázce neurodermitid. Česká Dermatologie. 1922.
- BUQUICHIO, Contributo allo studio del Lichen. G. I. 1926.
- BURNIER et BLOCH, Papulo-dermite prurigineuse des aisselles, du pubis et des seins avec dilatation kystique des glandes sudoripares. B. S. fr. D. 1920.
- BURNIER et RESJEK, Lichen obtusus corné ou lichénification circonscrite nodulaire. B. S. fr. D. 1923.
- BUSCHKE und FREYMAN, Lichen ruber-ähnliche Salvarsanexantheme. Mediz. Klinik 1921.
- BUSCHKE und SKLARZ, Ueber Lichen ruber-ähnliche Salvarsanexantheme. D. W. 1923.
- BUSCHKE und SKLARZ, Ueber die Bedeutung der Konstitution und Disposition für die Entstehung von Dermatosen mit besonderer Beziehung auf die lichenoiden Salvarsanexantheme. D. W. 1924.
- DE BUY WENNIGER, Lichen obtusus? N. T. v. G. 1907.
- CAROL, Ueber die Veränderungen des elastischen und des kollagenen Gewebes. Act. Derm. Vol. 3. 1922.
- CSILLAG, Dermatitis lichenoides chronica atrophicans. I. d. Fasc. 4. 1909.
- DALOUS, Histologie du lichen chronique circonscrit. A. d. D. 1903.
- DARIER, Lichen plan scléreux. A. d. D. 1892.
- DARIER, L'histologie pathologique des maladies de la peau d'après les travaux de M. UNNA. A. d. D. 1896.
- DARIER, Grundriss der Dermatologie. 1913.
- DELBANCO und UNNA JR., Zur klinik und Histologie der Pityriasis rubra pilaris Devergie. A. für D. Bd. 135. 1921.
- DIND, Essais sur les lichens, la lichénification. A. d. D. 1920.
- DOMBROWSKI, Lichen ruber planus im Anschluss an Thalliumbehandlung. D. W. 1927.
- DUBREUILH et PETGES, Lichen plan atrophique. A. d. D. 1907.
- DÜRING, Lichen, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris. M. D. 1893.
- EDEL, Drei Fälle von Melanodermie als Nebenerscheinung bei Lichen ruber planus. Act. Derm. Vol. 11. 1921.

- EHRMANN, Ueber die Neurodermitis, Histologie und Klinik. A. für. D. Bd. 145. 1924.
- EHRMANN, Beziehungen der ekzematösen Erkrankungen zu inneren Leiden. 1924.
- EHRMANN, Atlas der Hautkrankheiten und der Syphilide. 1912.
- EHRMANN und FICK, Kompendium der speziellen Histopathologie der Haut. 1906.
- ENGMAN, Report of a case of bullous lichen planus. J. of cut. dis. 1904.
- FABRY, Ueber zwei Fälle von Neurodermitis nodulosa. A. für D. Bd. 121. 1916.
- FINGER, Ein Beitrag zur Frage des Lichen ruber acuminatus. A. für D. Bd. 124. 1917.
- FISCHER, Ueber eine dem Lichen sclerosus (HALLOPEAU) angenäherte Form der circumscribten Sklerodermie. A. für D. Bd. 110. 1911.
- FISCHER, Zur Fox-Fordyceschen Krankheit. D. W. 1925.
- FORDYCE, Affections of the mucous membranes in their relation to skin diseases. J. of cut. dis. 1904.
- FORDYCE, The lichen group of skin diseases: A histological study. J. of cut. dis. 1910.
- FORDYCE and MACKEE, Diseases of the oral mucosa. A. of D. 1926.
- FORDYCE and MACKEE, Clinical types of lichen planus. J. of cut. dis. 1919.
- FOX, A case of syphilis resembling pityriasis rubra pilaris. J. A. M. A. 1909.
- FREI, Lichen ruber verrucosus-ähnliches Salvarsanexanthem. Zbl. für H. u. G. Bd. 1922.
- FREI und TACHAU, Lichen ruber-artige Salvarsanexantheme. A. für D. Bd. 141. 1922.
- FREI und TACHAU, Nochmals zur Frage der Lichen ruber-artigen Salvarsanexantheme. D. W. 1923.
- FRIEBOES, Grundriss der Histopathologie der Hautkrankheiten. 1924.
- FRIEBOES, Atlas der Haut-und Geschlechtskrankheiten. 1927.
- FUCHS, Ein Fall von eigenartiger Dyskeratose (Epidermodysplasia verruciformis). A. für D. Bd. 141. 1922.
- GANS, Histologie der Hautkrankheiten. 1925.
- GASTOU et VIEIRA, Lichen et lichénifications. A. d. D. 1902.
- GAUCHER, BARBE, BALLI, Lichen plan atrophique pigmenté. A. d. D. 1895.

- GAUCHER et DRUELLE, Lichen plan avec lésions des ongles et localisation sur la conjonctive palpébrale. A. d. D. 1904.
- GAWALOWSKY, De la radiothérapie indirecte du lichen plan. Zbl. für H. u. G. Bd. 25. 1927.
- GEBERT, Ueber Lichen ruber verrucosus. D. Z. Bd. I.
- GILCHRIST, Pityriasis rubra pilaris on the body associated with lichen planus in the mouth. A. of D. 1920.
- GOLAY, Sur le rôle du système sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses. A. d. D. 1922.
- GOUGEROT, Lichen porcelainé. Paris médical 1916.
- GOUGEROT, Formes frustes du lichen plan. Paris médical 1925.
- GOUIN, Traitement du lichen plan par la radiothérapie du sympathique. B. S. fr. D. 1925.
- GOUIN et BIENVENUE, Traitement radiothérapique du lichen plan. Zbl. für H. u. G. Bd. 25. 1927.
- GRAHAM LITTLE, Lichen planus. B. J. of D. 1920.
- HALLOPEAU, Sur un lichen de WILSON simulant par places un pityriasis rubra pilaire. A. d. D. 1893.
- HALLOPEAU, Sur un lichen plan en cravate et un lichen buccal avec éléments acuminés. A. d. D. 1896.
- HALLOPEAU, Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique. A. d. D. 1896.
- HALLOPEAU, Sur un nouveau cas de lichen plan scléreux. A. d. D. 1898.
- HALLOPEAU et LEREDDE, Traité pratique de dermatologie. 1900.
- HEBRA, Handboek der bijzondere pathologie en therapie van R. Virchow. Deel 3. Acute exanthemata en huidziekten Nederl. vertaling door DR. P. C. TIJKEN. 1861.
- HEBRA und KAPOSÍ, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1874.
- HEBRA (H), Ueber den Lichen ruber und sein Verhältnis zum Lichen planus. M. D. 1890.
- HEIMANN, Histopathology. The lichens: lichenifications and neurodermitis. Journ. of. cut. medic. 1917.
- HELLER, Die Krankheiten der Nägel. 1900.
- HERSCHAN, Hauterkrankungen bei Störungen der Ovarialfunktion. Münch. med. Wochenschr. 1927.
- HERXHEIMER, Ueber Metamorphosen primärer Hautefflo-

- reszenzen. Deutsch. med. Wochenschr. 1913.
- HERXHEIMER, Ein klinischer Beitrag zur Entstehungsweise des Lichen ruber planus. A. für D. Bd. 113. 1912.
- HERXHEIMER, Uber Neurodermitis. Mediz. Klinik 1926.
- HOFFMANN, Ueber Neurodermitis chronica faciei. D. Z. Bd. 20. 1913.
- HOFFMANN, Ueber eine eigenartige Form der Melanodermie. D. Z. Bd. 27. 1919.
- HOFFMANN, Pityriasis rubra pilaris mit Beteiligung des Mundes bei einem Kranken mit latenter Tuberkulose. Deutsch. med. Wochenschr. 1914.
- HOFFMANN, Ueber verallgemeinerte Warzenerkrankung (Verrucosis generalisata). D. Z. Bd. 48. 1926.
- HOFFMANN, Ueber das Zusammentreffen von Lichen ruber und Diabetes mellitus nebst Mitteilung des histologischen Befundes bei Lichen sclerosus. D. Z. Bd. 12. 1905.
- HOFFMANN, Ueber einen mehreren Jahren hindurch beobachteten Fall von Lichen sclerosus I. d. Fasc. 4. 1909.
- HOFFMANN, (C.A.), Ueber Lichen sclerosus der weiblichen Genitalien. D. Z. Bd. 21. 1914.
- HÖKE, Ueber einen Fall von xanthomisierten Lichen obtusus (lichenartigen Xanthoom?) Diss. 1921.
- HUDELO, KOURILSKY et LAPORTE, Un cas d'érythème novarsénoben-zénique ayant simulé à son début le lichen plan. B. S. fr. D. 1925.
- HUDELO, LAPORTE et KOURILSKY, Lichen plan généralisé aigu développé au cours d'un traitement radiothérapique radiculo-médullaire de lichen plan discret. B. S. fr. D. 1925.
- HÜGEL, Ein Fall von Lichen obtusus. Münch. med. Wochenschr. 1900.
- JACOBI, Atlas der Hautkrankheiten. 1918.
- JAQUET, Nature et traitement du lichen de WILSON. A. d. D. 1892. ref.
- JADASSOHN, Ueber Neurodermitiden. Ärztliche Rundschau. 1903.
- JADASSOHN, Die heilenden und schädigenden Wirkungen des Salvarsans. Klin. Wochenschr. 1922.
- JADASSOHN, 2 Fälle von xanthomatöser Veränderung bei

- Neurodermitis chronica circumscripta. A. für D. Bd. 119. p. 154. 1914.
- JADASSOHN, Beiträge zur Kenntnis des Lichen, nebst einigen Bemerkungen zur Arsentherapie. A. für D. Ergänzungsband 1900.
- JARISCH, Die Hautkrankheiten. 1908.
- JEANSELME et BURNIER, Lichénification géante. B. S. fr. D. 1925.
- JORDAN, Schleimbautveränderungen bei Pityriasis rubra pilaris. D. Z. Bd. 38. 1923.
- JOSEPH, Ueber Lichen ruber planus und acuminatus. A. für D. Bd. 37. 1896.
- JOSEPH, Beiträge zur Anatomie des Lichen ruber A. für D. Bd. 38. 1897.
- JULIUSBERG, Ueber die White-spot disease. D. Z. Bd. 15. 1908.
- JULIUSBERG, Ueber ein aus weissen Flecken zusammengesetztes Exanthem. A. für D. Bd. 113. 1912.
- KAPOSI, Lichen ruber monileformis. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1886.
- KELLER, Lichen planus und lichenoides Arsendermatitis. D. W. 1922.
- KERL, Zur Frage der Identität des Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris. D. Z. Bd. 50. 1927.
- KERL, Ueber die „Melanose (RIEHL).“ A. für D. Bd. 130. 1921.
- KIESS, Ueber Lichen ruber planus im Kindesalter. D. Z. Bd. 33. 1921.
- KLAAR und ROSNER, Zur Frage der Lichen ruber-artigen Salvarsanexantheme und Psoriasis vulgaris nach Salvarsandermatitis. D. Z. Bd. 42. 1925.
- KLINGMÜLLER, Ueber Lichen ruber verrucosus vegetans. A. für D. Bd. 113. 1912.
- KOGOI, Die Epidermodysplasia verruciformis. Act. Derm. Vol. 7. 1926.
- KOLLMANN et PAPIN, L'épithélium corné de l'oesophage de quelques mammifères. Archives d'anatomie microscopique. T. 16. 1914.
- KOMOTO, Ueber einen Fall von Keratosis der Kornea und der Bindehaut mit pathologisch-anatomischen Befund. Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1909.
- KREIBICH, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1904.
- KREIBICH, Neurodermitis verrucosa, A. für D. Bd. 121. 1916.

- KREIBICH, Ueber neurodermitis alba. A. für D. Bd. 104. 1910.
- KREIBICH, Neurodermitis decalvans. A. für D. Bd. 144. 1923.
- KRETZMER, Zwei Fälle von multipler, klein fleckiger Skleroderma circumscripta (White-spot disease?). A. für D. Bd. 118. 1913.
- KYRLE, Vorlesungen über Histo-Biologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen. 1925.
- LEHNER, Ueber die sogenannte Urticaria chronica perstans. D. W. 1925.
- LEIBKIND, Bemerkungen zu der Arbeit von Prof. WERTHER: Ueber einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica. D. Z. Bd. 22. 1915.
- LESCHINSKI, Lichen ruber corymbiformis. A. für D. Bd. 146. 1924.
- LEWANDOWSKY, Die Tuberkulose der Haut. 1916.
- LEWANDOWSKY und LUTZ, Ein Fall einer bisher nicht beschriebenen Hauterkrankung (Epidermodysplasia verruciformis) A. für D. Bd. 141. 1922.
- LIEBERTHAL, Shinguard type or lichen planus ocreaformis. J. A. M. V. Bd. 67. 1916.
- LIPSCHÜTZ, Lichen ruber framboesiformis. I. d. Fasc. 7. 1914.
- LOUSTE, LEVY-FRANCKEL ET JUSTER. Les résultats du traitement du lichen plan par l'irradiation de la région médullaire. Zbl. für H. u. G. Bd. 25. 1927.
- LUKASIEWICZ, Lichen ruber acuminatus und planus an der Haut und Schleimhaut desselben Individuums. A. für D. Bd. 34. 1896.
- MAAS, Lichen obtusus. N. T. v. G. 1915.
- MAC KEE and WISE, White spot disease. J. of cut. dis. 1914.
- MAERZ, Ein Fall von Lichen ruber planus et acuminatus auf psoriatischer Haut. entstanden nach Darreichung von Solutio Kalii Arsenicosi. D. W. 1924.
- MARCUSE, Ueber Lichen simplex chronicus. A. für D. Bd. 57. 1901.
- MARENBACH, Ein Beitrag zur Frage: Lichen ruber planus oder Salvarsanexanthem. D. W. 1922.
- MENDES DA COSTA, Leerboek der geslachtsziekten. 1919.
- MENDES DA COSTA, Leerboek van de huidziekten en van hare behandeling. 1923.
- MENDES DA COSTA, Fall von Lichen pemphigoides. M. D. Bd. 38. 1904.

- MENDES DA COSTA en MUYS, Lichen in den vorm van erythema papulo-vesiculosum et bullosum. N. T. v. G. 1906.
- MILIAN, Lichen planus atrophique ou mieux leucodermie atrophique ponctuée. B. S. fr. D. 1909.
- MONTGOMERY and CULVER, An eruption of acuminate papules in acute lichen planus. J. of cut. dis. 1918.
- MONTPELLIER, Lichen hypertrophique corné et lichen plan. B. S. fr. D. 1925.
- MONTPELLIER, Epidémie de lichen plan de WILSON. B. S. fr. D. 1925.
- NEISSER, Zur Stellung der Pityriasis rubra pilaris und des Lichen acuminatus. A. für. D. Ergänzungshefte. 1894.
- NEISSER, Ueber den gegenwärtigen Stand der Lichenfrage. A. für. D. Bd. 28. 1894.
- NEISSER, Diskussionsbemerkungen zu Werther's Arbeit: Ueber einen Fall von Pityriasis lichenoïdes chronica. D. Z. Bd. 23. 1916.
- NEISSER und JADASSOHN, Krankheiten der Haut. 1901.
- NICOLAS, GATÉ et LEBEUF, Eruption lichenoïde d'origine bismuthique. B. S. fr. D. 1923.
- NICOLAS et JOURDANET, Un cas de lichen corné buccal. B. S. fr. D. 1914.
- NIELSEN, Generalisierte Pityriasis rubra pilaris. M. D. 1910.
- NOGUÉ, Maladies de la bouche. 1924.
- OBERMILLER, Ueber Lichen ruber planus cum pigmentatione (Lichen pigmentosus) A. für D. Bd. 142. 1923.
- OLIVIER BOELSTRA, Een geval van de ziekte van FOX en FORDYCE. N. T. v. G. 1921.
- PARAT, Contribution à l'étude du traitement de la névrodermite circonscrite chronique. Thèse. Paris 1920.
- PAUTRIER, Contribution à l'étude des lichénifications anormales. La lichénification circonscrite nodulaire chronique. A. d. D. 1922.
- PAUTRIER, Le lichen corné hypertrophique forme anormale de lichénification. B. S. fr. D. 1925.
- PAUTRIER, Deux cas de lichen plan circiné généralisé à forme érythrodermique. B. S. fr. D. 1923.
- PAUTRIER, La lichénification hypertrophique géante. A. d. D. 1925.
- PAUTRIER, Résultats négatifs de 21 essais d'inoculation

- de lichen plan à l'homme. Zbl. für H. u. G. Bd. 25. 1927.
- PAUTRIER et DISS, Sur la présence d'éléments nerveux et sur la prédominance des lésions nerveuses dans la papule du lichen plan. Zbl. für H. u. G. Bd. 25. 1927 en: Revue française de dermatologie et de vénéréologie. 1927.
- PAYENNEVILLE, Lichénification géante et lichénifications nodulaires circonscrites co-existant chez un même malade. B. S. fr. D. 1925
- PEKELHARING, Weefselleer. 1917.
- PETGES, La morphée en gouttes et le white-spot disease. A. d. D. 1913.
- PICK, Ueber die circumscriphte nodöse chronische Lichenifikation. A. für D. Bd. 150. 1926.
- PICK, Lupus erythematodes discoides mit abnormen Herden in abnormer Lokalisation, Zbl. für H. u. G. Bd. 17. 1925.
- PINKUS, Ueber eine neue knötchenförmige Hauterup-tion: Lichen nitidus. A. für D. Bd. 85. 1907.
- PINKUS, Ueber einen bisher unbekannten Nebenappa-rat am Haarsystem des Menschen: Haarschei-ben. D. Z. Bd. 9. 1902.
- PIRILÄ, Ein Lichen ruber-Fall mit einer frühzeitig Auftretenden intensiven und diffus ausge-breiteten Pigmentation. D. Z. Bd. 25. 1918.
- POKORNY, Ein Beitrag zur Klinik und Histologie des Lichen planus pemphigoides. D. W. 1923.
- POKORNY, Neurodermitis rubra. A. für D. Bd. 145. 1924.
- POLANO, Zur Histologie des Lichen ruber verrucosus. D. Z. Bd. 14. 1907.
- POOR, Zur Anatomie der Schleimhautaffektionen bei Lichen planus. D. Z. Bd. 12. 1905.
- POSPELOW, Zur Casuistik des Lichen ruber planus der äusseren Haut und der Schleimhäute. A. für D. Bd. 12. 1885.
- PRIETO, Traitement du lichen plan par la radio-thérapie de surfaces étendues de peau. Zbl. für H. u. G. Bd. 25. 1927.
- RABL, Untersuchungen über die Oberhaut und ihren Anhangsgebilde mit besonderer Rück-sicht auf die Verhornung. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 48. 1897.
- RADCLIFFE CROCKER, Lupus erythematosus einen Lichen planus gleichend. M. D. 1894. ref.

RADCLIFFE CROCKER.	Diseases of the skin. 1905.
RADCLIFFE CROCKER,	Lichen planus, its variations, relations and imitations. B. J. of D. 1900.
RASCH,	Prurigo nodularis. A. für D. Bd. 123. 1916.
RAVOGLI,	Lichen planus verrucosus. J. of cut. dis. 1904.
RIECKE,	Lichen ruber. Handbuch der Hautkrankheiten von MRACEK. Bd. 2. 1905.
RIECKE,	Zur Kenntnis der Weiszfleckenkrankheit. A. für D. Bd. 99. 1910.
RIECKE,	Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1921.
RIECKE,	Symptomatologie des Ekzems und Abgrenzung von verwandten Dermatosen. A. für D. Bd. 145. 1924.
RILLE,	Lehrbuch der Haut. und Geschlechtskrankheiten. 1902.
ROTHER,	Ueber einen Fall von Lichen ruber acuminatus acutus. A. für D. Bd. 103. 1910.
ROTTMANN,	Lichen ruber planus nach Dürkheimer Maxquelle A. für D. Bd. 153. 1927.
SAMBERGER.	Précis de sémiologie des maladies de la peau.
SAPHIER,	Die Dermatoskopie. A. für D. Bd. 128. 1920.
SAPHIER.	Die Dermatoskopie. A. für D. Bd. 134. 1921.
SCHAEFER,	Salvarsanexanthem. Zbl. für H. u. G. Bd. 2. 1921.
SCHAEFER,	Vorlesungen über Histologie und Histogenese. 1920.
SCHMITT,	Ueber das Verhältnis des Lichen ruber acuminatus zur Pityriasis rubra pilaris. D. Z. Bd. 44. 1925.
SCHÜTZ,	Ein Beitrag zur Therapie und Aetiologie des Lichen chronicus circumscriptus hypertrophicus. A. für D. Bd. 52. 1900.
SCHÜTZ,	Beiträge zur Kenntnis des Lichen ruber. A. für D. Bd. 91. 1908.
SCHWIMMER,	Neurodermitis papulosa pigmentosa M. D. 1897.
SIEBENMANN,	Ueber Mitbeteiligung der Schleimhaut bei allgemeiner Hyperkeratose der Haut. Archiv für Laryngologie. Bd. 20. 1908.
SNETLAGE,	Patiënte met de ziekte van Fox-Fordyce. N. T. v. G. 1927.
SÖLLNER,	Ein Fall von systematisierter Lichenifikation

- SPIEGLER, als Beitrag zur Kenntnis metamerischer Hautaffektionen. A. für D. Bd. 73. 1905.
Ein Fall von Lichen ruber acuminatus. A. für D. Bd. 75. 1905.
- STELWAGON, Diseases of the skin. 1919.
- STERNBERG, Zur Frage des Lichen ruber monileformis Bd. 143. 1923.
- STÜHMER, Die Salvarsanexantheme. D. Z. Bd. 34. 1921.
- SUTTON, Diseases of the skin. 1926.
- TOMMASOLI, Ueber die Prurigogruppe im Allgemeinen und die Prurigo temporanea im Besonderen. M. D. Bd. 20. 1895.
- TÖRÖK, Spezielle Diagnostik der Hautkrankheiten. 1906.
- TOUTON, Ueber neurodermitis chronica circumscripta BROcq. A. für D. Bd. 33. 1895.
- TRAUTMANN, Die Krankheiten der Mundhöhle und der oberen Luftwege bei Dermatosen. 1911.
- UNNA, Beitrag zur Klinik und Therapie des Lichen ruber. ref. M. D. 1885.
- UNNA, Die Histopathologie der Hautkrankheiten 1894.
- VIDAL, Du lichen simplex. A. d. D. 1891.
- VIDAL, Du lichen. A. d. D. 1886.
- VÖRNER, Dellenbildung bei Lichen ruber planus der Schleimhaut D. Z. Bd. 13. 1906.
- WERTHER, Ueber einen Fall von Lichen ruber acuminatus universalis D. Z. Bd. 22. 1915.
- WERTHER, Ueber einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica, welche die drei Typen der Parapsoriasis vereint. D. Z. Bd. 22. 1915.
- WESTBERG, Ein Fall von mit weissen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Dermatoze. M. D. 1901.
- WEYL, Lichen planus. Ziemssen, Handbuch der Hautkrankheiten. 1883.
- WICKHAM, Sur un signe pathognomonique du lichen de WILSON. A. d. D. 1895.
- WILSON, On leichen planus. Journal of cutaneous medicine. 1869.
- WIRZ, Zur Polymorphie der Salvarsanexantheme. D. Z. Bd. 43. 1915.
- WIRZ, Lichen ruber planus und Lues, lichenoides Salvarsanexantheme u. s. w. D. Z. Bd. 41. 1924.

- WIRZ, Zur Kenntniss der lichenoiden Salvarsan-exantheme. D. W. 1922.
- WIRZ, Ueber das Auftreten von Lichen ruber planus und Lichen ruber planus ähnlichen Exanthemen bei Syphilis und Salvarsankuren. D. W. 1922.
- WIRZ, Zur Frage der Konstitutionstypen-Hypothese von BUSCHKE und SKLARZ. D. W. 1924.
- WISE, The neurodermatoses and pseudo-lichen. J. of cut. dis. 1919.
- WISE, Pruritus wit lichenification. New-York med. Journ. 1925.
- WOLFF, Ein Fall von Neurodermitis follicularis acuminata. D. Z. Bd. 48. 1926.
- ZARUBIN, Ueber atrophische und serpiginöse Formen des Lichen ruber planus. A. für D. Bd. 58. 1901.
- ZINGALE, Contributo allo studio del lichen nitidus. G. I. fasc. 6. 1922.
- ZINSSER, Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes. 1922.
- ZUMBUSCH, Ueber Lichen albus, eine bisher unbeschriebene Erkrankung. A. für D. Bd. 82. 1906.

